

# الإعاقات العقلية

سلسلة  
لدى الاحتياجات الخاصة

أ. د/ عادل عبد الله محمد

8



توزيع: دار النشر العربية





## الإعاقات العقلية

- المصدر : **شارع الرشاد**
- العنبريات : ١٤ شارع جبريل حسني - القاهرة
- تليفون : ٣٩٣٢٦٠٥
- رقم الإيداع : ٢٠٠٤ / ٣٠٥٣
- الترقيم الدولي : 6 - 011 - 364 - 977
- الموضوع : **عمارة الصحافة والنشر**
- المؤلفان : ١٠٠٧ في السلام - زكريا الأنوار - الكهنمين
- الرقم الدولي : ٣٢٥٦٠١٣ - ٣٢٥١٠١٣
- الموضوع : **أولئك الصحفيون**
- المؤلفان : ٤ شارع بني كعب - متفرع من شارع السويدي - الكويت كمت
- تليفون : ٣١٤٣٧٣٢
- جميع حقوق الطبع والنشر محفوظة
- الطبعة الأولى : ١٤٢٥ هـ - ٢٠٠٤ م
- خلافا : **محمدة قايد**

سلسلة  
قوى الاحتياجات الخاصة

8

# الإعاقات العقلية

أ.د/ عادل عبد الله محمد

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية جامعة الزقازيق











## إهداء

- إلى كل المهتمين بذوى الاحتياجات الخاصة ، ،
- في مصرنا الحبيبة ، ،
- وإلى وطننا العربي الكبير
- أملأ في زيادة عطائهم ، ،
- ورغبة في تعظيم دورهم ، ،



## مَعْلَمَات

بحمد الله رب العالمين الذي خلقنا، ومولانا في أحسن صورة، والذي فضل آدم على الملائكة بما علمه إياه من علم، وأمرهم على أمر ذلك أن يسجدوا له حيث قدر تعالى ﴿وَعَلَّمَ آدَمَ الْأَسْمَاءَ كُلَّهَا ثُمَّ عَرَضَهُمْ عَلَى الْمَلَائِكَةِ فَقَالَ أَقْبِلُوا بِسْمَاءِ هَؤُلَاءِ إِنْ كُنْتُمْ صَادِقِينَ﴾ ﴿فَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ﴾ ﴿فَالِ يَا آدَمُ ابْنُهِمْ بِأَسْمَائِهِمْ فَلَمَّا أَتَاهُمْ بِأَسْمَائِهِمْ قَالَ أَلَمْ أَقُلْ لَكُمْ إِنْى أَنْتُمْ عَرَبُ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ وَأَعْنُم مَّا لِيُذَوْنَ وَمَا كُنْتُمْ تَكْفُرُونَ﴾ (البقرة: ٣١-٣٣)، والصلاة والسلام على سيدنا محمد خير خلق الله، وخاتم رسله، الذى أُمروا بطلب العلم، والاجتهاد فيه، والذى أحبرنا بأن فضل العلماء على غيرهم كبير، وعلى آله وصحبه وسلم.

## وبعد ..

بعد اجواب العقلى من أعظم الجواب التى أودعها الله سبحانه وتعالى فى الإنسان، والذى تفرد به الإنسان على غيره من المخلوقات حيث قيل به الأمانة التى أتت السماوات والأرض والجبال أن يحملنها، قال تعالى ﴿إِنَّا عَرَضْنَا الْأَمَانَةَ عَلَى السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَالْجِبَالِ فَأَمَسْنَ أَنْ يَحْمِلْنَهَا وَأَفْضَقْنَ مِنْهَا وَخَافْنَ إِلَهُ عَظِيمًا﴾ (الأحزاب: ٧٢) ومن خلال أسد الله له علاقته فى الأرض، قال تعالى ﴿وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِى جَاعِلٌ فِى الْأَرْضِ خَلِيفَةً قَالُوا أَتَجْعَلُ فِيهَا مَن يُفْسِدُ فِيهَا وَيَسْفِكُ الدِّمَاءَ وَنَحْنُ نُسَبِّحُ بِحَمْدِكَ وَنُقَدِّسُ لَكَ قَالَ إِنِى أَعْلَمُ مَا لَا تَعْلَمُونَ﴾ (البقرة: ٣٠)، ولأجله أمر الله ملائكة أن يسجدوا لآدم، قال تعالى ﴿وَإِذْ قُلْنَا لِلْمَلَائِكَةِ اسْجُدُوا لِآدَمَ فَسَجَدُوا إِلَّا إِبْلِيسَ

قد استُخذ لعن حلفت طيناً) (الاسراء: ٦١) حيث نظر إلى الأمر برأيه من جانب حرى  
 سحرى لمدته التى نغم من سلالها خلق كل منهما، فقال تعالى (لَقَالَ أَكْثَرُ مِنْ خَفَقَتِي  
 مِنْ لَدُنِّ وَغَفَطَةٍ مِنْ ظَهْرِ) (ص: ٧٦) وبالتالي حسده على ذلك، وعصى أمر ربه متعللاً  
 بأفضليته للمادة عليه.

وعالم بنى الجانب للعقلى للإنسان فى حالة الطبيعة فإنه يستطيع أن يستعمل كل ما  
 فى الأرض من أجل مصلحته ومصلحة البشرية جمعاء، فيبتكر، ويبتكر، ويؤلف،  
 ويركب، ويحلل، ويطور، ويتقدم. أما إذا ما أعيت قدراته العقلية للمعرفة فإنه يجد  
 صعوبة بالغة فى القيام بمختلف العمليات المعرفية حتى المادى أو البسيط منها، كما يجد  
 صعوبة كبيرة فى العيش مع الآخرين فى إطار نفس الجماعة حيث تواجهه صعوبات  
 جمة ومشكلات متعددة فى سبيل أداء الأنشطة الحياتية للحتمية، أو رعاية ذاته، أو  
 الاستعادة مما يمكن أن يقدمه المجتمع له فى هذا الإطار، ولا يصح بتقديره أن يقوم  
 بشك لمهارات فلازمة له فى سبيل أداء مهنة معينة. وقد يمكنه أن يتعلم إلى قدر محدود  
 للعبادة، وقد لا يمكنه من ناحية أخرى أن يقوم بذلك.

وما لا شك فيه أن هناك العديد من الأسباب، أو العوامل، أو المتغيرات التى يمكن  
 من شأنها أن تؤدي إلى تعرض الفرد إلى غمط واحد أو أكثر من أنماط الإعاقات المعية  
 التى أشد لا تحل القومى للدراسات وبحوث اضطراب النمو بالولايات المتحدة  
 الأمريكية NAAR إليها وذلك فى تلك الإحصائيات التى نشرها فى يناير ٢٠٠٣ بأل  
 هناك ثلاثة أنماط للإعاقات العقلية تعتبر هى أكثر هذه الأنماط شيوعاً وانتشاراً على  
 مستوى العالم بأسره، وأن مثل هذه الأنماط تترتب بحسب نسب ومعدلات انتشارها  
 بآنى تختلف العقلى فى بدايتها، يليه اضطراب الموحد، ثم تأني بعدها مثلارمة  
 أهرس دارن. ومن الأمور التى تستحق الاهتمام فيما يتعلق بتلك الأنماط من  
 الإعاقات العقلية ما يلى :

١- أنها جميعاً تطبق عليها تلك الشروط الخاصة بالتحالف العقلى حيث يعانى الطفل  
 من قصور فى أدائه الوظيفى العقلى، ومن قصور فى سلوكه التكميى وما يرتبط به  
 من مهارات، وأما يعنى أن تحدث خلال مرحلة النمو.

٢- أن كلاً منها بعد بمثابة حالة وليس مرضاً.

٣- أما الثاني ومن هذا المنطلق تعتبر غير قابلة للشفاء.

٤- هناك مع ذلك علاج طبي يعني أن يتم تعاطيه من جانب الطفل لا يرتبط بـ أنواع بحد ذاته سفالة أو تلك ولكنه يعمل على علاج ما يمكن أن يرتبط بها من اضطرابات أخرى مختلفة بطبيعة الحال.

٥- أنه قد توجد هناك أسباب مشتركة تعدد حتى المستقلة عن الإصابة بهذه الحالة أو تلك.

٦- أن مثل هذه الأسباب تتراوح بين البيئة والوراثة.

٧- أن بإمكاننا أن نعد تقسيم تلك الأسباب إلى ثلاثية مشتركة تتضمن أسباباً يكمن تأثيرها خلال مرحلة ما قبل الولادة، وأسباب يكمن تأثيرها أثناء الولادة، أما الأسباب الأخيرة فيكون تأثيرها خلال مرحلة ما بعد الولادة أي في وقت بعد ميلاد الفرد وخلال دورة حياته الطويلة.

٨- أن العلاج يختلف من عطل إلى آخر، ومن حالة إلى أخرى.

٩- أن تناول كل نمط من هذه الأنماط قد شهد ظهور أساليب، واستراتيجيات حديثة. كما أن ذلك يتضمن بلا شك استخدام التكنولوجيا الحديثة.

ومن هذا المنطلق فإن الكتاب الحالي يتضمن بين طياته فصول خمسة بحيث يور هذا الموضوع في شكل متكامل، كما يعمل على إبراز كل ما هو جديد في هذا الإطار، وعلى ذلك يتناول الفصل الأول الإعاقة العقلية عامة مبنياً مفهومها، وأسمائها، وأساليب الرعاية للشفاء، ويتناول الفصل الثاني التخلف العقلي وهو ما بعد أكثر ثباتاً لإعاقة شيعاً وانتشاراً وذلك بحسب نسب ومعدلات الانتشار. كما يتناول مفهومه، وتشخيصه، وتصنيفه، وأسبابه، وأهم أساليب الرعاية التي يمكن استخدامها مع أولئك الأطفال الذين يعانون منه. أما الفصل الثالث فيتناول اضطراب متوحد، ويسير على نفس هدي الفصل الثاني فيتناول المفهوم، والأسباب، والتصنيف،

والتشخيص، والتقييم، وأهم أساليب الرعاية التي يمكن اتساعها مع أولئك لأطباء. وإن جانب ذلك فإن الفصل الرابع والذي يمثل في متلازمة أعراض دون يسير في نفس الاتجاه في تناول مفهومها، وأعراضها، وأسبابها، وتشخيصها، وتقييمها إلى جانب أساليب الرعاية سواء المشتركة أو الخاصة بهذا النمط من أنماط الإعاقة العقلية.

ويأتي الفصل الأخير كى يعطينا مثلاً بمرهن به على وجود الإعاقات العقلية المزدوجة، وهذه العلاقات هي تلك التي تجمع في طريقتها بين أحد أنماط الإعاقة العقلية من ناحية، وبين أحد أنماط إعاقات أربع من الناحية الأخرى هي الإعاقة العقلية، والإعاقة الحسية، والإعاقة الجسدية، والإعاقة النمائية أو الاضطراب النمائي. وبكنا مع ذلك اكتفينا بتناول النمط الأول منها أي الإعاقة العقلية - العقلية إذ ستقوم بتناول الإعاقات الأخرى في مواضع أخرى، أو بالأحرى ستقوم بتناول الإعاقات العنيفة مع الإعاقات الأخرى، وذلك في مواضع أخرى. ويتناول هذا الفصل اضطراب التوحد مع متلازمة أوتيسم داون مع التكرار على أن ما يحدث بينهما يعد بمثابة متلازمة مرضية، كما يتناول كذلك اضطراب التوحد مع التخلف العقلي مع التكرار على قصة أسبسية تدعى عما إذا كانت العلاقة المرضية بينهما تعتبر تماثلاً فقط، أم أنها تعد متلازمة مرضية بدلاً من ذلك. وانتهى الفصل إلى أن الحالتين موجودتان، ولكل منهما مختلفتان في العديد من جوانب الشخصية.

وأخيراً أسأل الله العليّ القدير أن أكون قد وفقت في عرضي لهذا الكتاب، وأن أكون قد أضفت به شيئاً إلى المكتبة العربية في التربية الخاصة، وأن يستفيد منه كل من يلحاً إليه، وأن يجد فيه صالته المنشودة، وأن تتحقق به الفائدة المرجوة منه . .

والله ولي التوفيق . . .

١٤١٠هـ / عادل عبد الله محمد

## المحتويات

### الفصل الأول :

الإعانة العقلية ..... ١٥

### الفصل الثاني :

التدخل المعلى ..... ٦٥

### الفصل الثالث :

اضطراب التوحّد ..... ١٤٩

### الفصل الرابع :

ملازمة أعراضى داون ..... ٢٣٥

### الفصل الخامس :

الإعاقات العقلية المزدوجة ..... ٣١٣





## الفصل الأول

### الإعاقة العقلية



## مُتَلَمِّمَاتُ

تعد الإعاقات العقلية من المشكلات الخطيرة التي يمكن أن تواجه الفرد، والتي يمكن أن يتمثل أثرها للبشر في تدين مستوى أدائه الوظيفي العقلي وذلك إلى الدرجة التي تجعله يحسّ وحشةً أساسيةً من أوجه القصور العديدة التي يعاني منها ذلك الفرد حيث أن الجانب العقلي رغم ما يعانيه مثل هذا الفرد من مشكلات متعددة بعد هو أصل الإعاقة التي يعاني منها، والتي تترقب عليها مشكلات جمة في العديد من جوانب الحو الأخرى، وفي غيرها من المهارات المختلفة التي تحتر ضرورة كفي يتعكس النقص من العيش أو التعايش مع الآخرين، وتحقيق التوافق معهم، والتكيف مع البيئة المحيطة.

وبما لا شك فيه أن هناك أنماطاً متعلقة بالإعاقة العقلية بمعنى أن الأمر لا يقف عن حدود نمط واحد بعينه تشير إليه مثل هذه الإعاقات ونعكسه، بل يتخطاه إلى ما هو أكثر من ذلك، فتتعدد مثل هذه الأنماط وإن ظلت هناك أنماط ثلاثة رئيسية تعد هي الأكثر انتشاراً بينها وذلك على مستوى العالم بأسره. وقد تتأثر مثل هذه الأنماط بعوامل أو أسباب معينة تعد مشتركة بينها جميعاً، كما أن هناك إلى جانب ذلك أسباباً خاصة بكل نمط من تلك الأنماط. ومع أن تلك العوامل تعتبر في الأصل إما عوامل وراثية، أو بيئية فإنها مع ذلك تنقسم إلى ثلاثة أنماط أساسية من العوامل تجعل الأول

منه. بسبب العوامل التي يتركز أثرها خلال مرحلة ما قبل الولادة، أم «ثاني» فيصم «عوامل» التي يكون لها الأثر أثناء الولادة، ربما تتعلق ثالثها بمجموعة العوامل التي يكون لها الأثر البشري في مرحلة ما بعد الولادة. وهناك أساليب متعددة للتدخل لتعويض برامج مختلفة، واستراتيجيات متنوعة تختلف من خط إلى آخر من أنماط الإعاقة لعقبة الثلاثة التي تتمثل في التخلف العقلي mental retardation واضطراب التوحد autism ومتلازمة أعراض داون Down's syndrome. وفي حين يعود التخلف العقلي في أساسه إلى عوامل وراثية محددة، وأخرى بيئية معروفة أيضاً، وتعود متلازمة أعراض داون إلى لشفوذ الكروموزومي وذلك في الكروموزوم رقم ٢١ على وجه التحديد، أو يرجع كذلك إلى الخطأ في انقسام الخلايا، فإنه لا توجد أسباب محددة حتى الآن يتركز أن يعرف أنها هي للسفولة عن اضطراب التوحد وذلك على الرغم من إحصاء من تمديد بعض العوامل أو حتى الجينات لذلك، وما نلاحظه من جراء الأثر. الحديثة في هذا الصدد للتأكد منها أو من غيرها من العوامل، أو التوصل من جهة أخرى إلى سبب بعينه أو حتى إلى مجموعة محددة من العوامل يمكن أن يحد من حدوث مثل هذا الاضطراب حتى يمكن التعامل معه بعد ذلك بشكل أكثر فعالية.

و يجدر بالذكر أن حالات الزيادة الكروموسومية في الكروموزوم رقم ٢١ ليست هي الحالة الوحيدة لمثل هذه الزيادة كما نرى كيسلنج وسوتيل (Kessling & Sawtell) حيث هناك حالات متعددة أخرى تحدث فيها مثل هذه الزيادة، ومن أمثلتها تلك الزيادة الكروموسومية في الكروموزوم رقم ١٣ (Trisomy 13) وفي الكروموزوم رقم ١٨ (Trisomy 18) - وفي هاتين الحالتين تزداد حدة الإعاقة بدرجة كبيرة حيث يعد كلاً منهما أكثر في الحجم من الكروموزوم رقم ٢١ إذ أن الكروموزوم رقم (١) يعد هو الأكبر حجماً، ثم يقل حجم الكروموزوم مع الزيادة في رقمه، ولذلك فإن الزيادة الكروموسومية في الكروموزوم رقم ١٣ ركزت ما تعرف بمتلازمة أوشر Usher's syndrome تصاحبها إعاقه حسيه مزدوجة وديت في السمع وصغر إلى جانب ذلك. كما أنه يمكن حدوث زيادة كروموسومية أيضاً في

مكروموزوم الخد للجنس Trisomy for the X chromosome حيث يمكن أن يوجد كـ موزوم Y إضافي ليكون الناتج XYY أو كـ موزوم X إضافي ليكون الناتج XXY إلا أن تأثيره في هذا الإطار يقل عن تأثير الزيادة المكروموزومية في مكروموزوم رقم ٢١ .

ول حسب ذلك يمكن أن تحدث الزيادة الكروموزومية في أي كروموزوم آخر، ولكن لأسر عادة ما ينتهي بالإجهاس وذلك بشكل طبيعي . ومن الأقل احتمالاً بنسبة للوالدين اللذين ينجبان طفلاً لديه إحدى هذه الحالات من الزيادة الكروموزومية أن يحبا طفلاً آخر في حالة أخرى مختلفة من الزيادة الكروموزومية، أي أنه إذا كانت الزيادة الكروموزومية لدى الطفل في الكروموزوم رقم ٢١ يقل احتمال إيجاد طفل آخر لديه زيادة كروموزومية في كروموزومات أخرى مثل كروموزوم رقم ١٣ أو الكروموزوم رقم ١٨ أو في الكروموزوم الخد للجنس عن سس مثل، لكن إذا حدث وم إيجاد طفل آخر لديه زيادة كروموزومية فهو يكون من نفس نمط الزيادة الكروموزومية لدى الطفل الأول .

وعى عن البيان أن الأشياء من ذوات متلازمة داون يمكنها أن تتزوج وتنجب أطفالاً بشرط أن يكون زوجها عادياً أى لا يعاني من ذات المتلازمة أو غيرها من إعاقت العقبية، وهذا يصبح احتمال إيجاب طعل من ذوى متلازمة داون مساوياً ٥٠% في حين يجب أن للذكر من ذات المتلازمة على الرغم من قدرته على تكوين علاقات عاطفية فإنه بعد غير قادر على الإنجاب إلا في حالات نادرة للغاية لا تتس ١% تقريباً بشرط أن تكون الزوجة عادية، ويصبح في مثل هذه الحالة احتمال إيجاب طفل من نفس متلازمة مساوياً ٥٠% أيضاً، أما إذا كانت زوجته من نفس المتلازمة فإن احتمال إيجاب في حد ذاته يقل بدرجة كبيرة، أما إذا حدث إيجاب وهو الأمر الذى لا يحدث سوى في حالات نادرة فإن احتمالات إيجاب طفل من نفس المتلازمة تكون مرتفعة للغاية .

## الإعاقة العقلية

تعني الإعاقة العقلية (mental impairment, intellectual disability) في أي صيغة من صورها محسوراً هاماً وأساسياً من تلك الشواور التي تدور التربية بحاضره حوها، وتولسها اهتمامها. وتعرف الإعاقة العقلية بأنها اضطراب في واحدة أو أكثر من تلك العمليات السيكولوجية الأساسية التي يتضمنها الفهم واستخدام اللغة المنطقية أو المكتوبة والتي يمكن أن تعبر عن نفسها على هيئة قصور في واحدة أو أكثر من قدرات الطفل التالية :

١- القدرة على الاستماع .

٢- القدرة على التفكير .

٣- القدرة على السحدث .

٤- القدرة على الكتابة .

٥- القدرة على التهجى .

٦- القدرة على إجراء العمليات الحسابية .

ومر ثم وإن مثل هذه الإعاقة تعد بمثابة حالة تتعارض مع تحقيق شعار أكانى يتناسب مع عمر الطفل، كما تتعارض مع قيامه بأنشطة الحياة اليومية بذلك الشكل وتلك الكيفية التي نتوقعها من هم في مثل سنه . وعلى ذلك فإن أول عتبة يمكن أن يتعرض لها الأطفال ذوو الإعاقة العقلية تتمثل في حدوث قصور في تجهيز المعلومات من جانبهم حيث تعاق قدرتهم على الاحتفاظ بالمعلومات، أو القيام بالعمليات مختلفة حسيها، أو إنتاج مثل هذه المعلومات . كما أن تلك الإعاقة تستلزمها بالضرورة حدة أسوأها معزاه ودلائلها في هذا الإطار حيث ترتب عليها ومثل انعكاسها، وهذه الأمور هي :

- ١ - عدم قدرة الطفل على أن يحيا بشكل مستقل .
- ٢- عدم قدرته على إتباع التوجيهات والتعليمات المختلفة .
- ٣- عدم قدرته على القيام بترتيب المعلومات أو البيانات المختلفة .
- ٤- عدم قدرته على تصنيف تلك المعلومات أو البيانات .
- ٥- تدني مهاراته الاجتماعية .
- ٦- قصور مهاراته التنظيمية .
- ٧- عدم قدرته على الاختيار أو ما يعرف بالقدرة على اتخاذ القرارات ،محفوفة  
ومس هذا المخلوق فإن الإعاقة العقلية تعد بمثابة أي حالة يتدنى فيها مستوى الأداء  
الوظيفي للعقل للطفل إلى الدرجة التي تصل به إلى القصور في هذا الجانب إصاحبه في  
القصور في سلوكه التكيفي وهو ما يمكن التأكيد منه عن طريق استخدام مقايير  
الخاصة بذلك . ومن المعروف أن هناك حالات عديدة يدعو أداء الطفل الوظيفي  
العقلي عملاً أساسياً فيها، إلا أن الواقع وما تظهره الإحصاءات العديدة كدلت التي  
صارت عن الاتحاد القومي للدراسات وبحوث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية  
(NAAR٢٠٠٣) تؤكد أن هناك ثلاثة أنماط أساسية من هذه الإعاقات يمكن تربيها  
بحسب نسبة انتشارها كما يلي :

١- التخلف العقلي .

٢- اضطراب التوحد .

٣- متلازمة أعراض طو١١ .

هذه وقد كانت الإحصاءات التي صدرت عن الجمعية الأمريكية للتوحد Autism  
Society of America حثيث عام ١٩٩٩ تؤكد أن اضطراب التوحد يأتي بعد  
متلازمة أعراض داون من حيث نسبة الانتشار، إلا أن الأمر قد شهد اختلافاً كبيراً بعد

ذلك حيث أصبحت متلازمة أعراض داون هي التي تأتي في الترتيب بعد انصراف التوجه الذي لا يسبغه في هذا الإطار سوى التخلف العقلي فقط.

وحيثما بالذكر أن كل أنماط الإعاقة العقلية تتميز بضرورة توفر شروط التخلف العقلي فسيها دون الحاجة إلى وجود التخلف العقلي معها ككيان مستقل لدى نفس الفرد في نفس الوقت وهو الأمر الذي يعني وجود تداخل بين تلك الإعاقات ، وعلى هذا الأساس نجد أن كل إعاقة من تلك الإعاقات تتطلب توفر ثلاثة شروط أساسية هي :

١- أن يقل الأداء الوظيفي العقلي للطفل بشكل يدل على وجود قصور فيه ، وهو ما يعكسه يستعكس سلباً على مستوى ذكائه فيصل ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال .

٢- أن يعاني الفرد كلفاً من قصور في تلك المهارات التي تتعلق بسلوكه التكيفي وترتبط به مما يؤدي بالضرورة إلى قصور في سلوكه التكيفي .

٣- أن تحدث مثل هذه الإعاقة خلال سنوات النمو ، وبالتحديد خلال طفولته الفرد أي قبل انتهاء مرحلة الطفولة للتأخر .

وبناء على ذلك فإننا نلاحظ أن مستوى الذكاء بالنسبة للطفل الذي يعاني من أي إعاقة من تلك الإعاقات يقل عن ٧٠ على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال . ومن أشهر هذه المقاييس وأكثرها استخداماً على مستوى العالم مقياس وكسلر Wechsler لذكاء الأصغر ، ومقياس ستانفورد- بينيه للذكاء Stanford- Binet ، ومعنى أن يقل مستوى ذكاء الطفل عن ٧٠ أنه يقل عن المستوى العادي بمقدار انحرافين معياريين أو أكثر حيث أن المتوسط بالنسبة لكلا المقياسين السابقين يساوي ١٠٠ والانحراف المعياري يساوي ١٥ لمقياس وكسلر ، و ١٦ لمقياس ستانفورد- بينيه . وبالتالي فإن الانحرافين معياريين يساويان ٣٠ تقريباً ، وإذا ما طرحنا ٣٠ من مائة يكون الناتج ٧٠ وهي الدرجة التي نخلل الحد الأعلى لمستوى الذكاء بالنسبة للأطفال للتدخلين عصبياً .



ومن المعروف أن مستوى الذكاء يقل بعد ذلك حتى خمس انحرافات معبرة لتصل بسنك إلى ٢٥ أو أقل، وحينئذ يكون الطفل في أدنى مستويات التخلف العمي وهو التخلف العقلي الشديد جداً profound أما عندما يقل بمقدار أربعة انحرافات معيارية فذلك هو الحد الأدنى الذي يكون في مستوى التخلف العقلي الشديد severe بينما إذا قل بمقدار ثلاثة انحرافات معيارية فإن ذلك إنما يعكس مستوى التخلف العقلي المتوسط moderate في حين نجد أن مستوى التخلف العقلي البسيط mild يقع بين حدود الانحرافين معبرين وثلاثة انحرافات معيارية وذلك عن المستوى المتوسط الذي تتراوح درجته هو بين ٩٠ - ١١٠ .

أما دراسة لاضطراب التوحد وهو ثاني هذه الأخطاء فإن الإحصائيات التي نشرها مؤخرا معاً تؤكد أن ما بين ٩٠ - ٩٥ % تقريباً من الأطفال التوحشين يتراوح مستوى ذكائهم بين التخلف العملي البسيط والمتوسط ونادراً ما يجد أطفالاً توحشيين ينزل مستوى ذكائهم عن ذلك . لكننا نلاحظ أن متلازمة أسبرجر Asperger's syndrome والتي تمثل أحد أخطاء اضطراب طيف التوحد autism spectrum disorder نادراً ما تصيب أطفالاً يقل مستوى ذكائهم عن المستوى المتوسط ، بل إن عدداً ما تصيب أطفالاً من ذوي الذكاء المرتفع وربما الارتفاع جداً لدرجة أن كثيراً ما نجد كمد يشرف عادل عبدالله (٢٠٠٤) بين أولئك الأطفال أطفالاً من الموهوبين وذات في مجالات متباينة من مجالات الموهبة . وإذا ما انتقلنا إلى النمط الثالث من أخطاء الإعاقات العقلية والذي يمثله متلازمة أعراض داون فإننا نلاحظ أيضاً تدرج مستوى ذكاء أولئك الأطفال الذين يعانون منها حيث يتراوح مستوى ذكائهم بين مستوى بسيط والمتوسط ونادراً ما نجد من بينهم من يقل مستوى ذكائه عن ذلك .

أما بالنسبة للشرط الثاني والذي يتمثل في قصور مهارات السلوك التكيفي من جانب أولئك الأطفال ذوي الإعاقات العقلية فإن كينون (٢٠٠٠) Kendali يرى أن هناك قصوراً واضحاً في مهارات السلوك التكيفي من جانب الأطفال المتخلفين عقلياً ، ومن ثم فإنه يجب أن نلتجأ إلى استخدام مقاييس للسلوك التكيفي إلى جانب اختبارات

الذكاء، أساسية وذلك في سبيل تشخيص أولئك الأطفال بشكل دقيق حيث أن نسبة انتشار التخلف العقلي على مستوى العالم تبلغ ٣ % تقريباً عند استخدام مقاييس الذكاء فقط، إلا أن تلك النسبة تقل إلى حدود ١ % تقريباً عند إضافة مقاييس المسوك التكيفي إلى تلك الاختبارات. ونحن نرى أننا في مصر نعتمد في تشخيصنا لمتخلف العقلي على اختبارات الذكاء فقط، وهذا هو النقص في كل مدارس لتربية الفكرية لدينا، أما بالنسبة للأطفال التوحدين فإن الدراسات التي تم إجرائها في هذا المجال قد توصلت إلى أن مهارات السلوك التكيفي من جانبهم مماثل ما لدى أقرانهم المتخلفين عقلياً أو تقل عنهم وهو ما كشفت عنه تلك الدراسة التي أجراها عدل عبيد الله (١٩٩٩) ووجد فيها أن هناك فروقاً دالة في الدرجة الكلية لمهارات المسوك التكيفي بين لأطفال التوحدين وأقرانهم لمتخلفين عقلياً لصالح الأطفال لمتخلفين عقلياً على الرغم من عدم وجود فروق دالة بينهما في بعض للمهارات، ووجود فروق دالة بينهما في بعضها الآخر كما سوضح في الفصل الخامس. كذلك فقد أصبحت الدراسات أن مهارات السلوك التكيفي من جانب الأطفال ذوي متلازمة أوتيسم دور مماثل تقريباً ما لدى أقرانهم لمتخلفين عقلياً، ولا يوجد بينهما فروق دالة في مثل هذه الإطارات. وبذلك يتضح أن كل فئات الإعاقات العقلية يعاني أعضاؤها من قصور واضح في مهارات السلوك التكيفي من جانبهم.

وهيما يتعلق بالشرط الثالث والخاص بحدوث تلك الإعاقات خلال سنوات الطفولة بمراحلها العرقية الثلاث وذلك حتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة فإن الواقع يشهد أن إصابات الدماغ الشديدة التي تؤدي إلى ما يعرف بارتجاج المخ تسبب خلال مرحلة الطفولة في ضمور بعض خلايا المخ، يتبعه حدوث تخلف عقلي وهو الأمر الذي لا يحدث بداية من مرحلة للرعاية وما بعدها وذلك إذا ما رجعت أسباب الإعاقات العنيفة في تلك الحالة إلى عوامل تحدث بعد الولادة، ولم تعد إلى أسباب وراثية، أو إلى أسباب بيئية أخرى خلال مرحلة ما قبل لليلاد، ولم تعد كذلك إلى تلك الأسباب التي يمكن أن تحدث أثناء الولادة. أما بالنسبة لاضطراب التوحد فإن هناك شرطاً أساسياً في

تشخيص حالات الإصابة به يؤكد على أنه لا بد أن يحدث قبل وصول الطفل لثلاثين شهراً من عمره، أو قبل وصوله الثالثة من عمره بشكل عام، ويستثنى من ذلك حالات المختلف، العقلية الشديد جداً حيث تتعرض لنمط خاص من أنماط التوحد يعرف بالتوحد اللاخودجي atypical autism بتأخر ظهوره عن هذه السن، ورغم ذلك فإن العديد من المشكلات التي تواجهنا عند تشخيص التوحد لدى ذوي الإعاقات الأخرى إنما تكمن في أن نركز في الأسس على تلك الإعاقات الأخرى، وقد لا يقوم بجمع بعض السمكيات التي تنصير عن الطفل حينئذ إلى التوحد لأننا نستبعد حدوثه إذ يكون الطفل قد تجاوز الثالثة من عمره وذلك كما ستوضح في الفصل الأخير من الكتاب مع أنه لا يكون لديها أي تلك ترويح مرضى للطفل نستطيع أن نجزم من خلاله بعدم وجود مثل هذه السمكيات قبل وصول الطفل الثالثة من عمره أو حتى بعد ذلك، بينما نلاحظ أن ملازمة أعراض داود تحدث عادة مع بداية فترة الحمل conception ونفسك بعد تكوين البويضة للملقحة أو الفلقحة fert . zed egg . zygotة لأنها تجمع في الأسس إلى شذوذ كروموزومي أو خطأ في انقسام الخلايا ينتج عنه وجود كروموزوم إضافي أو زائد في الكروموزوم رقم ٢١ ليصبح سلت عدد الكروموزومات في كل خلية بالخمس ٤٧ بدلاً من ٤٦ كما هو الحال في الظروف الطبيعية وذلك لدى لقائية العظمى من أولئك الأطفال الذين يعانون من تلك المتلازمة، بينما قد لا تحدث مثل هذه الزيادة الكروموزومية لدى أطفال آخرين فيطفن بالثنائي عدد الكروموزومات في كل خلية ٤٦ كروموزوماً مع وجود خطأ في انقسام الخلايا وخاصة في الكروموزوم رقم ٢١ حيث يتوقف جزء منه عن الانقسام، بل وقد ينتقل إلى كروموزوم آخر، وغالباً ما يكون هذا الكروموزوم الآخر هو الكروموزوم رقم ١٤ وهذا يكون مثل هذا الانتقال جزئياً إذ نجد أن جزءاً من الكروموزوم رقم ٢١ هو الذي انتقل من مكانه إلى مكان آخر، وأحياناً يكون هذا الانتقال كنه حيث يكون الكروموزوم رقم ٢١ حر free حيثقل كلية إلى كروموزوم آخر، وفي جانب ذلك هناك حالات أخرى حصلت فيها ما يعرف بتضاعف تركيب الخلية أو

المعصبية moschism تتألف على أثرها بعض خلايا الجسم من ٤٧ كروموسوماً بينما يتألف بعضها الآخر من ٤٦ كروموسوماً فقط، وتترقب حينئذ درجة لإعادة العقبية حتى عدد الخلايا الشاذة بالجسم قياساً بالخلايا العادية . وتزدى تلك الزيادة انكروموزومية أو هذا الخطأ الكروموزومى إلى تغير واضح ومميز في شكل الجسم، وصماته، كما يؤثر على جواب النمو المختلفة، وعلى ما يرتبط بها من مهارات متباهة، وهى نوقشت كثيرة مختلفة تتعلق بظهور شيء معين لدى الطفل، أو ظهور إلى نقاط أساسية معينة في النمو milestones أو ظهور مهارات أو تاسقات معينة أو تأخر الحركات، وقدرة الطفل على إحداثها والسيطرة عليها وذلك بالشكل الذى يتفق مع عمره السرمي، ومع ما يمكن أن يقوم به أقرانه الآخرون في مثل سنه، وفي جماعته التنموية

ومما لا شك فيه أن مثل هذه الإعاقات تؤثر بشكل مباشر على جانب النمو الأخرى لدى الطفل ولا شك جانباً منها دون أن تؤثر عليه سلباً، ومن هذه الجوانب ما يلي

١- الجانب العقلى العرفى .

٢- الجانب الجسمى والفسيولوجى .

٣- الجانب الحركى .

٤- الجانب اللغوى .

٥- الجانب الانفعالى .

٦- الجانب الاجتماعى .

كما أنها من جانب ذلك تؤثر كثيراً على مهارات الطفل المختلفة كمهارات العناية بـهات، ومهارات الحياة اليومية، وغيرها من المهارات وهو الأمر الذى نوصحه بشكر جلى على امتداد الفصول الثان والثالث والرابع من هذا الكتاب مما يعنى على هؤلاء

وأما نتائج عمله فغيرهم ذوي سوابقها، كما يجعل من كل فئة منهم فئة مميزة و متميزة حتى عن غيرها من فئات الإعاقة العقلية الأخرى وهو الأمر الذي يمكن أن يسهم في رسم مروفيل خاص بالطفل في كل فئة من تلك الفئات الثلاث مما يجعل منها فئة فريدة ومتميزة. ومع ذلك فنحن نرى أن كل فئة من هذه الفئات الثلاث تمثل فيما بينها فئة غير متجانسة من الأفراد وذلك وفقاً للعديد من المتغيرات والعوامل والظروف المختلفة التي أسهمت في حدوث مثل هذه الإعاقة أو تلك، والتي تحيط بالطفل وتؤثر عليه بشكل مباشر أو حتى بشكل غير مباشر، وبالتالي يصبح من الصواب عند التعامل مع أعضاء كل فئة من هذه الفئات أن يتم التعامل معهم على أسس فردية أي يتم التعامل مع كل فرد وفقاً لخطة تعلم فردية individual educational plan يتم تصميمها في ضوء حاجاته، وقدراته، وإمكاناته، والظروف المحيطة به، وبالتالي لا يمكن استخدامها، ومعها هو شخصياً دون سواه، كما لا يكون مقبولاً أن نستخدمها مع غيره من الأطفال ذوي إندخال تعديلات تكاد تكون جوهرياً عليها، وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يجعلها في تلك الحالة خطة مختلفة تماماً عن غيرها.

ومن ناحية أخرى يمكن أن نحاذر تعليم الطفل بشكل فردي أن يعود بتعليمه في إطار عمره صغيراً، أو يتم دمجها في صفوف العاديين سواء لبعض الوقت أو كل الوقت أي في حالي الدمج المرن أو الكلي، أو حتى يتم تعليمه في فصله هو الذي يدرسه بمدرسته الخاصة مع من هم على شاكلته. ومن ثم تتعدد البرامج التربوية التي يمكن تقديمها لمثل هؤلاء الأطفال وذلك في ضوء الحاجات الفردية لكل منهم، ومن هذه البرامج ما يلي:

- ١- برامج متمركزة حول الطفل.
- ٢- برامج متمركزة حول الأسرة.
- ٣- برامج متمركزة حول المجتمع المحلي.
- ٤- برامج فردية.

٥ - برامج يتم تقديمها في إطار مجموعة صغيرة من الأطفال.

- برامج يتم تقديمها في إطار فصول التربية الخاصة.

٧- برامج يتم تقديمها في إطار الفصول العادية من خلال الدمج.

٨- برامج تقوم على التعليم التعاوني.

٩- برامج تقوم على التعاون بين معلمى التربية الخاصة ومعلمى الأطفال العاديين

### أسباب الإعاقة العقلية

ترجع أسباب الإعاقات العقلية أو العوامل التي يمكن أن تؤدي إليها في الأساس إلى سورتين رئيسيتين من العوامل تمثل أولهما في العوامل الوراثية، بينما يمثل الثاني في العوامل البيئية، ولكل من هذه العوامل تأثيره الكبير فالعوامل الوراثية تلعب دوراً هاماً في «كبر» حيث تنتقل السمات للرضية إلى الأبناء من الآباء والأجداد، ولا يعمل دور العوامل البيئية عن ذلك حيث يبدأ دورها منذ تكوين البويضة الملقحة، أما هذه العوامل البيئية المختلفة تؤثر على الجنين وهو في رحم أمه، كما أن هناك عوامل بيئية مختلفة تؤثر عليه أثناء الولادة، إضافة إلى وجود عوامل أخرى تؤثر عليه بعد ولادته وحدث في أي وقت خلال سنوات نموه وبالتحديد حتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة، ويمكن أن نعرض لتلك العوامل على النحو التالي :

#### أولاً : مجموعة العوامل الوراثية :

بما لا شك فيه أن الوراثة تعني في أساسها انتقال سمات مختلفة من لأجداد والآباء إلى الأبناء والأجيال التالية، وأن بعض هذه السمات تكون في أساسها سمات مرضية، إلى جانب أن هناك بعض الأمراض تنتقل أيضاً عن طريق الوراثة أي عن طريق «جينات». ومن هذا المطلق فقد يولد الطفل معوقاً لأبوين عاديين حيث تنتقل السمات المرضية إليه في تلك الحالة عن طريق «جين متنح» recessive gene قد ينتقل إليه من الأب أو الأم، وقد يولد الطفل من جانب آخر معوقاً لأبوين من «العوقين» أو «كروم

أحدهم فقط معوقاً والآخر عاды فننقل السمات المرضية إليه آنذاك عن طريق جين سائد dominant gene كما أن هناك احتمالاً آخر يتمثل في انتقال السمات مرضية عن صديق الكروموزوم الجنسي X chromosome كما يحدث فيه نسبة بكموزوم X fragile X chromosome وهي الحالة التي تحدث لبيبي بمرجة أنقى بكثير من الهات. كما أن الشذوذ الكروموزومي الذي يؤدي إلى حدوث متلازمة أعراض داون قد ينتج عن شذوذ في انقسام الخلية أو عن زيادة كروموزومية سواء كان مصدرها الأب أو الأم وذلك قبل أو بعد الحمل، أما ما يرتبط بالوراثة منها فهو النمط الثاني من هذه المتلازمة وهو ذلك النمط الذي ينتقل فيه الكروموزوم رقم ٢١ أو جزء منه إلى كروموزوم آخر 21 translocation trisomy والذي تصل نسبة الأعمار به ٤ % تقريباً يتم وبهم فقط على وجه التقريب ١ % من الذين يمثل تلك المتلازمة إليهم عن طريق الوراثة حيث يكون أحد والديهم حاملاً لتلك المتلازمة، وإذا كانت الأم هي التي تنقلها فإن احتمال ولادة طفل آخر لها من نفس المتلازمة يصل إلى ٦ : ١ بينما إذا كان الأب هو الناقل لما يكون احتمال ولادة طفل آخر به من ذات المتلازمة ١ : ٢٠ أما النمط الأول والثالث فلا يرتبطان بالوراثة، وبذلك حسب ذلك فإن الأمر يتوقف على وجود توريث أسري مرضي وذلك لأي نمط من أنماط لإعاقة العقلية.

### ثانياً : مجموعة العوامل البيئية :

يشير ويليامز (١٩٩٧) Williams إلى أن هناك العديد من الأمراض الذين تعرضوا في الآونة الأخيرة لقصور أدائهم الوظيفي العقلي بسبب تلك التعريفات البيئية التي يعود سبب الرئيسي فيها إلى ما فعله الإنسان بتلك البيئة. وهذا يعني أن ما فعله الإنسان بالبيئة وخاصة الدول القوية أو المعنية قد أضاف الكثير إلى تلك التعقيدات البيئية التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى الإعاقة العقلية، من وإلى العديد من الأمراض الخطيرة وازمنة التي تعد نمطاً من أنماط الإعاقة الجسمية، وربما تؤدي أيضاً في كثير من الحالات إلى إعاقات حسية مختلفة، وبذلك فإن الأمر لا يقتصر على الإعاقات الحسية بحسب،

سـر يستعاورها إلى ما عداها من إعاقات أخرى، وقد يؤدي إلى حدوث إعاقات  
مزدوجة تتراوح بين الإعاقة العقلية العقلية، أو الإعاقات المزدوجة التي تكون إحدى  
الإعاقات لعقلية الثلاث طرفاً فيها بينما يتمثل الطرف الآخر في واحدة من تلك  
الإعاقات التالية :

١- إعاقة سمعية،

٢- إعاقة جسمية،

٣- إعاقة حسية،

ومن أهم العناصر البيئية التي تؤدي إلى ذلك تلك العناصر البيئية السامة التي تؤثر  
على الأعصاب كالرصاص، والإشعاع؛ والغازات الكيميائية السامة إلى جانب أن ما  
يعاينه أثناء الدول الفقيرة من نقص في عناصر غذائية لها أهميتها في هذا الصدد  
كالحديد، واليود *iodine* وهو الأمر الذي يرتبط بشكل مباشر بسوء التغذية. يسهم  
بعبارة أساسية في حدوث قصور في الأداء الوظيفي للعقل من جانب أولئك الأحرار  
الذين يتعرضون لها لأنها تعطل عتابة عناصر غذائية أساسية ولزامة لتعود ذلك، ومن ناحية  
أخرى فإن أثناء تلك الدول الفقيرة يتعرضون كذلك لنقص البروتينات وهو لأمر  
الذي يؤثر سلباً على القدرة العقلية لدى تلك هؤلاء الأفراد وذلك بدرجات مختلفة  
يختلف عتبه للإصابة بإعاقة عقلية من نوع ما، كما أن انتشار الأمية في س هذه  
البلاد يجعل أبعادها عمقاً تزيد على معرفة وتحديد العناصر الغذائية اللازمة سواء  
أحسانهم وعملهم، ومن أهم العوامل البيئية التي يمكن أن تسبب الإعاقة العقلية ما  
يلي :

( ١ ) العوامل الكيميائية : *chemical factors*

تلعب العوامل البيئية دوراً هاماً في حدوث الإعاقات العقلية، وبأني في مقدمة مش  
هذه العوامل التلوث بالرصاص، ونقص اليود، والمواد الكيميائية التي تؤثر على إفراز  
هرمونات كمثل المواد السامة التي يتم استخدامها في الأسلحة الكيميائية المختلفة التي



يريد تأنيدها عن الرصاص بكثير حيث لا يوجد لها أى علاج حتى الآن . كما ر عثر هذه لعومس تتضمن الإشعاع أيضاً وهذا لا يقتصر على التعرض للأشعة شسبية X rays محسب، بل يتجاوزها إلى الإشعاع الدرى أو النووى وهو الأمر الذى ترميد كثيراً فى عمل التسليح النووى والتسابق فيه، واستندلج المعانيات النووية فى الأسحة التفسيدية حيث تستخدم فى طلفقات الرصاص والمقاييل وغيرها، أو التسرب لإشعاعى مسر امسعاعات النووية كما حدث فى مفاعل تشيرنوبيل (Chernobyl) . وإلى حسب ذلك فإنه عادة ما يتم استخدام الكيمائويات فى مجال الزراعة عامة يشكك مبانع فيه، إضافة إلى استعمالها بشكل مماثل فى المزارع السكية . وكلها أمور يمكن أن تؤدى إلى تصاعف أعداد المعوقين عقلياً، كما يمكن أن تؤدى من ناحية أخرى إلى نقص أعداد المؤهولين والمبدعين وغيرهم .

#### ( ٢ ) سوء التغذية : malnutrition

تسبب السخلة دوراً هاماً فى بقاء الأجسام والعقول والقدرات المعية عامة كما وصحها سلفاً، ولذلك فإن العناصر الغذائية المختلفة لها أهميتها البالوة فى هذا الإطار، ومن أهم هذه العناصر الحديد، واليود، والبروتينات وهو الأمر الذى يتطلب ضرورة المحصور على غذاء متوازن يحتوى على العناصر الغذائية الضرورية للجسم، ومن العبر يرب أن اليونيسيف UNICEF قد وجدت أن الاستدلال للمشمر مسائل من الأم breast milk substitutes يؤدى إلى حدوث قصور فى مستوى ذكاء الأطفال الذين يتعرضون لذلك بمقدار ثمان نقاط حيث يصبح متوسط مستوى ذكائهم ٩٢ وحدث على اعتبار أن متوسط الذكاء سواء على اختبار وكسلر Wechsler أو على اختبار ستانفورد- بينيه Stanford-Binet يساوى مائة .

#### ( ٣ ) العوامل الاجتماعية : social factors

تسبب العمل الاجتماعية هى الأخرى دوراً هاماً فى هذا الصدد حيث هناك سمادت والتقاليد التى يحاكها الطفل، ويلتزم بها فى سلوكياته بداية من العادات الغذائية

إلى العديد من الاجتماعية كالعادة الجسدية حيث أن للممارسات الجنسية غير محبة وغير التسريعية يمكن أن تؤدي إلى الإصابة بالإيدز AIDS والزهرى syphilis وأحد مصبي herpes وهي الأمور التي يكون لها تأثير كبير في هذا الإطار . كما أن مدى ثراء هذه البيئة بدشوات المختلفة له تأثيره الكبير هو الآخر إلى جانب أن هناك أموراً أخرى لها دورها حيث تعد ذات تأثير كبير وخطير، ولا يمكن تجاهلها كالندسين، والإدمان، وتعاطي الكحوليات، أو حتى تعاطي العقاقير المختلفة دون إشراف طبي . أما عن العادات الغذائية فهي تتعلق دون شك بعدم تناول الطعام المتوازن الذي يحتوى على جميع العناصر الغذائية اللازمة لبناء الجسم والعقل نتيجة لعدم وجودها في البيئة، أو عدم القدرة على الحصول عليها من جراء الفقر أو تدنى المستوى الاقتصادي مثلاً، أما العادات الاجتماعية فتتركز على أمور معينة يمكن أن تعمل على تحقيق الفائدة، ويمكن أن تجاهلها وتركز على أمور غيرها قد لا تكون ذات جدوى وهو الأمر الذي يستوفى في المقام الأول على المستوى الثقافي للأسرة، ومستوى تعليم الوالدين، وما يكون سائداً فيها من ممارسات ثقافية مختلفة .

#### ( ٤ ) الظروف الخاصة :

يمكن أن نمثل مثل هذه الظروف فيما يمكن أن يتعرض له الفرد دون غيره من حدوث، وإصابات. وحالات شديدة في الدماغ، وغير ذلك مما يمكن أن يؤدي في النهاية إلى حدوث تلف أو ضمور في بعض خلايا المخ ينتج عنها قصور في الأداء الوظيفي للعقل عامة، أو عدم القدرة على القيام بالعديد من المهارات التي كان الطفل يقوم بها قبل ذلك . هذا إلى جانب تعرض الطفل للمرض، أو لأمراض معينة لها تأثيرها الشديد في هذا الإطار، أو تعرضه لأمراض مزمنة أو أمراض خطيرة تترك أثرها السلبى على قدراته العقلية المعرفية، وعلى مهاراته التي تتعلق بالسلوك التكيفي، أو على أدائه لمهارات وأنشطة الحياة اليومية .

## أنماط الإعاقة العقلية

ذكرنا من قبل أن الإعاقة العقلية تعني أي حالة يتدن فيها مستوى الأداء، موطنه العقلي لنضلل إلى الدرجة التي تصل به إلى القصور إضاعة إلى قصور مماثل في سلوكه التنكسي حسي أو يحدث ذلك خلال سنوات نموه. كما ذكرنا أيضاً أن هناك أنماطاً متعددة لهذه الإعاقات، ولكن أكثر تلك الأنماط شيوعاً يتمثل فيما يلي :

١- التخلف العقلي.

٢- اضطراب التوحد.

٣- متلازمة أعراض داون.

وأن هذا الترتيب الذي أشرنا إليه إنما يرجع إلى نمية انتشار كل منها. ومن ثم فإن لتخلف العقلي يعد هو أكثرها شيوعاً وانتشاراً، يليه اضطراب التوحد، ثم تأتي متلازمة أعراض داون في الترتيب الأخير من حيث نسبة الانتشار. وهذا لا يعني بأي حال من الأحوال أن نسبة انتشار متلازمة داون منخفضة، بل على العكس من ذلك حيث كانت تمس اضطراب التوحد في الترتيب بناء على نسبة الانتشار وذلك حتى وقت قريب جداً وبالتحديد حتى عام ٢٠٠٢، إلا أن الأمر قد اختلف منذ عام ٢٠٠٣ وبباضطراب التوحد. سابقاً لمتلازمة أعراض داون في الترتيب بناء على نسبة انتشار كل منهما. ومن ناحية أخرى فإن الإعاقة لاهدية قد تكون إعاقه مفردة أي وحيدة أو فردية، وقد تكون بجانب ذلك إعاقه مزدوجة أي تجمع إلى جانبها إعاقه أخرى، وقد تتمثل تلك الإعاقه الأخرى في واحدة أو أكثر مما يلي :

١- إعاقه عقلية.

٢- إعاقه حسية.

٣- اضطراب أو إعاقه نمائية.

٤- إعاقه جسمية.

وبطرساً لأن الإعاقات النماية ليس موضعها هاء وأتينا سوف تناول الإعاقات العقلية الحسية في كتاب آخر هو الإعاقات الحسية، فلأننا سوف نكتفى هنا بسؤال الإعاقات العقلية المنفردة أى التى تكون على هيئة إعاقة واحدة فقط، ثم الإعاقة العقلية المزدوجة ولقصد الإعاقة العقلية-العقلية، وسوف نتناول فيها اضطراب التوحد مع مسئلة أعراض داون، واضطراب التوحد مع التحلف العقلى وهو ما يعرضه الفصل الخامس له.

#### ١- التحلف العقلى

يعتبر التحلف للعقل هو أكثر نطاق الإعاقات العقلية شيوعاً وذلك بل الدرجة التى يظهر بها الكثير من الأفراد في البلدان النامية حتى للتقويم مهم إلى الحالات الأخرى بإعانة المعنوية على أنها تحلف عقلي، وهو حالة يتدن فيها الأداء الوظيفي المعلى المعروف بنقص إلى ما دون المتوسط ويصبح مستوى ذكائه في حدود ٧٠ أو أقل وذلك على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال. كما أنه من ناحية أخرى يعانى من قصور د. في قدرته على أن يواكب أو يساير متطلبات الحياة العامة حيث يعتقد إلى بعض مهارات الحياة اليومية المتوقعة من أقرانه في مثل منه وفي جماعته الثقافية على أن يحدث مثل هذه الإعاقات خلال سنوات نموه والآخرى خلال مرحلة طفولته على أقصى تقدير، أى حتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة. ومن المعروف أن مثل هذه الإعاقة تؤثر تأثيراً سلبياً كبيراً على العديد من الجوانب ذات الأهمية في حياة الطفل، ومنها ما يلى:

- ١- القدرة على التعلم.
- ٢- القدرة على التواصل.
- ٣- القدرة على العناية بالذات.
- ٤- السلوك الاستقلالى.
- ٥- التعامل الاجتماعى.

## ٧- العمل أو الفترة المهنية.

## ٨- الصحة والأمان.

ومن المعروف أن نسبة انتشار التخلّف العقلي تقع في حدود ١ % تقريباً إذا ما قُسم باستخدام مقاييس السلوك التنكّسي إلى جانب مقاييس الذكاء، أما إذا ما قُسم باستخدام مقاييس الذكاء فقط فإن الأمر يختلف تماماً حيث قد تصل هذه النسبة إلى حدود ٣ % تقريباً. كما أن التخلّف العقلي يردّد انتشاره بنسبة قليلة بين الذكور قياساً بالإناث، وأنّه لا يرتبط بالسلالة، أو العرق، أو الطبقة الاجتماعية، أو الاقتصادية، أو الثقافية، كما أنه لا يرتبط بدولة معينة أو إقليم معين، بل به عادة ما يشتر بين جميع الأفراد في دول العالم بأسره على حد سواء.

يعبر دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA بين مستويات أربعة للتخلّف العقلي وذلك بحسب نسب ذكاء الأطفال هي :

١- التخلّف العقلي البسيط mild وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٥٠ - ٥٥ إلى

حوالي ٧٠ .

٢- التخلّف العقلي المتوسط moderate وتتراوح نسب الذكاء في هذا المستوى

بين ٣٥ - ٤٠ إلى حوالي ٥٠ - ٥٥

٣- التخلّف العقلي الشديد severe وتتراوح نسب الذكاء فيه بين ٢٠ - ٢٥ إلى

حوالي ٣٥ - ٤٠ تقريباً.

٤- التخلّف العقلي الشديد جداً profound وفيه تقل نسبة الذكاء عن

٢٠ - ٢٥.

هذا ولا يحى علينا أن المستوى العادى أو المتوسط للتذكاء بتراوح بين ٩٠ - ١١٠ عسى مقاييس الذكاء المختلفة التى يتم استخدامها لهذا الغرض. أما عن مستويات مختلف العقلى التى أشاروا إليها للتو فإن المستوى البسيط يضم حوالى ٨٥ % تقريباً من أولئك الأطفال المتخلفين عقلياً والذين يكون من الصعب فى كثير من الأحيان تمييزهم عن الأطفال العاديين حتى وصولهم إلى السن التى يلتحقون فيه بمدرسة حيث يستعملون بدرجة أكبر من البطء قياساً بأقرانهم العاديين، ومع ذلك نظر لديهم بعض لغزيرات الإكازيمية التى تجعل بإمكان الواحد منهم أن يصل إلى مستوى ضعف السادس عندما يبلغ بداية الرشد. ومن الناحية التربوية يعد هؤلاء الأطفال من التلاميذ لستهم، كما أن بإمكانهم العمل البسيط أو الخفيف فى المجتمع إذ يمكنهم التعايش مع الآخرين بما تم تقدم للخدمات المناسبة لهم، وإضافة إلى ذلك فإن بعضهم يمكن أن يدرج وأن يجب أضعافاً على أثر ذلك. أما الأطفال فى المستوى المتوسط فتتخلف العقلى مبعثون ١٠ % تقريباً من إجمالى عدد الأطفال المتخلفين عقلياً، ويمكن هؤلاء الأطفال أن يتقدموا أكاديمياً مع تقدمهم فى السن وذلك حتى مستوى الصف الثنى لمتالى فقط، وعلى ذلك فإنهم يصعبون من الناحية التربوية على أهم فاعلون لتدريب دور تعليمهم. وعند تقدم الفروع الخاصة لهم فإنهم يبدون فى مراقبتهم مسود مناسبة من مهارات رعاية الذات كتناول الطعام، وترتداء الملابس و لعب على الحمام على سبيل المثال، كما يكون بإمكانهم أيضاً أداء بعض المهام البسيطة. أما عن قدرتهم على العمل أثناء الرشد فإن بإمكانهم القيام ببعض الأعمال البسيطة التى لا تتطلب نهارة وذلك تحت إشراف الراشدين العاديين. وبالنسبة لمستوى مختلف المقسب الشديد فإنه يضم حوالى ٣-٤ % تقريباً من إجمالى عدد المتخلفين عقلياً، وقد يمكن هؤلاء الأفراد أن يتعلموا الكلام أثناء طفولتهم، كما يمكنهم أيضاً أن يقوموا بتطوير بعض المهارات الأساسية التى يمكنهم من رعاية الذات. بينما يمكنهم فى مرحلة رشدهم القيام ببعض الأعمال والمهام البسيطة التى لا تتطلب للهارة، إلا أن ذلك لا بد أن يستمر تحت إشراف كامل من الراشدين العاديين، وعادة ما يعيش هؤلاء الأفراد مع

سرهم أو في مؤسسات خاصة لهم. وإذا ما قلت نسبة الذكاء عن حدود الحدس المسبوق فإننا بذلك نصل إلى أدنى مستويات التعلف العقلي والذي يعرف بالحدس العنسي الشديد جداً، وهو ذلك المستوى الذي يضم حوالي ١ - ٢ ٪ تقريباً من إجمالي عدد أولئك الأفراد المتخلفين عقلياً. ومع أن مثل هؤلاء الأفراد يمكنهم أن يفهموا بعض المفردات البسيطة فلنعم ليس لديهم القدرة الكافية التي يمكنهم من الكلام، وغالباً ما تكون لديهم ظروف عصبية تعد هي المسؤولة عن مستوى تخلفهم هذا.

أما عن تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى التعلف العقلي فإن العلماء قد تمكنوا من تحديد أسباب معينة له وذلك لدى حوالي ٦٠ - ٧٠ ٪ تقريباً من أولئك الأطفال. انه ليس بدسوس منه. وتتراوح هذه الأسباب بين ما يلي :

- ١ عوامل وراثية.
- ٢ اضطرابات أو أمراض مصيب الأم الحامل وتترك أثراً سلبياً على الجنين.
- ٣ مشكلات تحدث أثناء الولادة.
- ٤ مشكلات تحدث بعد الولادة وذلك في أي فترة خلال مرحلة الطفولة.
- ٥ أسباب أو عوامل مختلفة أي تصم أكثر من سبب واحد من أكثر من مصدر واحد من تلك الأسباب السابقة.

وبالسر حرج إلى تلك الأسباب المتعددة التي تم تحديدها نرى أنها تنقسم في الأساس إلى قسمين أساسيين، نرجع إحداهما إلى العوامل الوراثية، يسما نرجع الأخرى إلى العوامل البيئية وذلك على النحو التالي :

#### أولاً العوامل الوراثية :

تتضمن هذه العوامل حالات متعددة منها القصور في جين معين كما هو الحال في كروموسوم X المشفر fragile X chromosome والذي اعتبره العلماء منذ عام ١٩٩٢

هو أكثر نشت الأسماء الوراثية للوذية للتخلف العقلي شيوعاً حيث يعد مسئولاً عن حوالي ١٠% تقريباً من حالات التخلف العقلي إذ يرث هؤلاء الأطعم صبب به عيوب أو قصور يؤدي إلى تكوين بقعة صعيقة في الكروموزوم الجنسي X chromosome تتعرض للاعتلال، فتؤدي إلى تلك الحالة لدى البين بشكل مكثف عن البات، وإلى جانب ذلك هناك مشكلات وراثية تتعلق بالأيض metabolism أي عصبيات هدم والبناء حيث يرث الطفل حياً معيأ به عيوب أو قصور بما يحمله غير صادر عيسى إفران الأنزيمات أو البروتينات اللازمة للعلاقات الحيوية بالحية، ويحدد البناء أكثر من ثلاثة أخطاء اضطراب جيني تخصص أعطاء وراثية في عمليات الهدم والبناء، وبمكسر عصبيتها أن يؤدي إلى التخلف العقلي. ومن هذه الأعطاء المبيكينو وريه phenylketonuria PKU. وهناك صبب آخر يختص من الأسماء الأكثر شيوعاً هو مقصور الدرقى الوراثى القدى يحدث بسبة ١ : ٤ آلاف حالة ولادة، وفيه يكون العدة الدرقية غير قادرة على إفراز الغدر الكافى من هرمون الثيروكسين thyroxine اللازم للغدة الغدة.

## ثانياً: العوامل البيئية :

وبما تأثر هذه العوامل بعد تكوين البويضة لللقحة، ومن بينها ثلاث عوامل المستندة إلى توتر على الجنين وهو في رحم أمه والتي تتضمن سوء التغذية، وسوء استخدام العقاقير، وتعاظم الكحوليات، والتسمم بالبرصاص أو بالرئيق، إضافة إلى نشت الإصابات الفيروسية التي يمكن أن تتضمن الحصبة الألمانية rubella والفيروس المضخم للخلايا cytomegalovirus وأمراض أخرى كاللوز السكرى diabetes ومثلازمة أعراض تعرض الجنين للكحوليات fetal alcohol syndrome التي تنج عن إدمان الأم الحامل في تعاطى الكحوليات. وهناك مشكلات يتعرض لها الجنين أثناء الولادة يمكن أن تتضمن الولادات المتسرة، وانخفاض وزن الجنين بدرجة كبيرة، ونقص الأكسجين بشكل جزئي أو كلي، هذا إلى جانب أمراض أخرى خلال مرحلة الطفولة كالحصبة، والتهاب السحايا، والسكاف، وغيرها، إضافة إلى الصدمات الشديدة بالذم،



والعرض لمحوادث الشديدة، وتسمع الطفل بالمواد كالمصاص أو الزئبق، وغيره. أم  
الأمساليب والمراج والتدخلات العلاجية فهي كثيرة ومتعددة، وسوف نعرض  
بالتفصيل في الفصل الثاني.

## ٢- اضطراب التوحد

يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر pervasive developmental disorder تظهر آثاره في العديد من الجوانب الأخرى لنمو  
وتنعكس عليها، كما أن مثل هذه الآثار تنمو على هيئة سلوكيات تدل على قصور  
من جانب الطفل. وتشير باتريشيا هولوين (Howlin, P (١٩٩٧) إلى أن اضطراب  
متوحد عدة ما يقع ضمن الإعاقات العقلية العامة general intellectual disabilities  
حي يزداد انتشارها بين البيس قياساً بالبيات إذ تصل النسبة بينهما ٤ : ١ حيث أن ما  
يسريه عن ٩٠% تقريباً من الأطفال التوحديين يقع دكاؤهم في حدود التخلط  
العقلي البسيط والمتوسط. ومع ذلك فإن متلازمة أسوجر Asperger's syndrome  
والتي تعتبر أحد أشكال اضطراب التوحد لا تصيب سوى الأطفال ذوي الذكاء العادي  
أو الذريع فقط، ورضا المرتفع جداً، وألفاً بحدراً جداً ما تصيب طفلاً نعل نسبة دكا  
عن المستوى المتوسط.

ومس الأمور المثابة التي ترتبط بهذا الاضطراب أن معدل انتشاره يعتبر في تزايد  
مضرد وهو الأمر الذي جعلنا نلاحظ حدوث زيادة حقيقية وكبيرة في انتشاره، وربما  
تراجع مثل هذه الزيادة في نسبة انتشاره إلى فهم الوعي والإدراك الجيد لهذه  
الاضطراب من جانبنا في الوقت الراهن وذلك على العكس مما كان يسود من قبل  
وهو الأمر الذي دفع الكثيرين إلى القول بأننا إذا ما عدنا إلى الوراء ربما كثيراً وذلك  
إلى بداية اكتشافه على يدي ليو كانر Kanner, Leo عام ١٩٤٣ ثم إلى بداية ظهوره  
في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية  
التي يكتب حصاراً DSM وذلك مد عام ١٩٨٠ وما بعدها، وكيف كنا نلظر إليه

مذنبه من اعتباره عطف من فصام العقولة إلى اعتبار اضطراب في السلوك، ثم اعتباره أحياناً مع ظهور الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي السابق DSM-IV وذلك في عام ١٩٩٤ اضطراب عملي عام أو منتشر يؤثر على جوانب النمو الأخرى وفي مقدمتها احساس العقلاني المعرفي، وأن آثاره تنعكس بشكل واضح في سلوكيات الطفل وسوف نجد أن الكثير جداً من تلك الحالات التي لم يكن يتم تصنيفها على أنها اضطراب توحدي سوف يتغير أمرها إذا ما أخذنا نصنيفها وتصنيفها من جديد. وقد سجد أن نسبة انتشاره كان لا بد لها أن ترتفع منذ ذلك الوقت أولاً عدم معرفة الكتابة بضميمة ذلك الاضطراب مما حدا بنا إلى تشخيص تلك الحالات بشكل خاطئ، أم، لأن فإن معرفتنا الدقيقة بالاضطراب قد جعلت بمقدورنا أن نشخصه بدقة وهو الأمر الذي ساهم في إزاحة نسبة انتشاره الحقيقية فحدث أعلى بكثير مما كانت عليه من قبل وهو ما جعله ثل أكثر أخطاء الإعاقات العقلية انتشاراً ولا يسعه سوى التحالف العمدى وذلك وفقاً لنسب انتشار مثل هذه الأخطاء من الإعاقات العقلية، وبمضي عائد عباد الله (٢٠٠٢) أن هناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بالاضطراب التوحد يعتبرون هذا الاضطراب بموجبه أو يرونه في أساسه على أنه اضطراب معرفي واجتماعي في ذات الوقت.

ومن جديد بالذكر أن حوالي ٢٠ - ٣٠% تقريباً من الأطفال التوحيديين يعتبر لديهم الصرع epilepsy مع بداية مرحلة المراهقة. وعلى الرغم من عدم القدرة حق الآن على تحديد سبب معين يعد هو المسئول عن اضطراب التوحد فإن هناك بعض الآراء تنحى إلى وجود ارتباط نه بإصابة الأم الحامل ببعض الأمراض كالحصبة الألمانية rubella أو الحصبة المأدية measles أو السكاف mumps وهناك من يربطه أيضاً بالاضطراب في جين معين كما هو الحال بالنسبة للفينيل كيتونوريا phenylketonuria PKU، وهناك من يربطه كذلك بشذوذ كروموسومي معين مثل كروموسوم X نقش Fragile X chromosome. ومع ذلك فإن صورة اضطراب التوحد في تلك الحالة

تظل لا تعطيه atypical ورغم كل هذا هناك رأى قوى يذهب إلى ربط مثل هذا «الاضطراب بالتصلب اللوي للأنسجة tuberous sclerosis» وإلى جانب ذلك فإن دراسات التوائم تؤكد أن هناك سبباً جينياً لهذا الاضطراب حيث أنه قد تكرر في عدة التوائم المتشابهة بسبة ٩٢ ٪ في مقابل ١٠ ٪ فقط للتوائم غير المتشابهة، كما أن احتمال ولادة طفل توحدى آخر في الأسرة التي لديها طفل توحدى واحد لا يتجاوز ٣ ٪ تقريباً، ورغم كل ذلك فليس هناك رأى يمكننا أن نتمسك به ونسعى أنه هو المسئول لأول أو الأساسى عن ذلك الاضطراب.

وقد حاول العلماء كما تشير هوليوز (٢٠٠٢) Hollins تحديد مكون أو سبب حسي معين يفسر هو المسئول الأول من وجهة نظرهم عن التوحد، ورأوا أنه من المفترض أن تكون هناك عدة جينات تعد في جعلها هي المسئولة عنه، فحذروا بذلك «مكرومورومات أرقام ٧، ٩، ١٥ ولكنهم استبعدوا بعضها بعد ذلك»، وشرعوا يبحثون عن غيرها حيث رأوا أن تلك السلوكيات للربطة بالاضطراب المرحح، ربما ترجع في الأسس إلى عدة جينات مختلفة، وأن تعاطي الأم الحامل للعقاقير الخسفة، أو للكحوليات، أو تعرضها للأمراض، أو التسمم بالمعادن يتفاعل مع تلك السلوكيات «سلبية فيجعلها تؤدي إلى حدوث مثل هذا الاضطراب». وبذلك يتضح جلياً بصر - لآراء حول هذه الأمور خاصة وأن هناك رأياً قوياً آخر يذهب إلى أن هناك شيئاً ما خطأ قد وقع بالفعل بين الحمل والولادة وأدى إلى حدوث تغير في كيمياء مخ وذلك على الرغم من عدم القدرة على تحديد ذلك الأمر.

وخشى من البيان أن الأطفال التوحدين يعانون من قصور واضح في معدل نموهم المعرفي، وفي قدراتهم للمعرفة المختلفة . كما أنهم من جانب آخر يعانون من قصور واضح في مجالات أخرى تعد بمثابة تولدت أساسية يمكن أن نعرف هذا الاضطراب من خلالها، كما يمكن أن نعرض لها على النحو التالي :

## ( ١ ) قصور في فهم الاجتماعي :

يمثل هذا القصور من جانب أولئك الأطفال الذين يعانون من ذلك الاضطراب في وجود صعوبات ومشكلات اجتماعية عديدة من جانبهم فيما يتعلق بالعباب الاجتماعية عامة للدرجة تجعله يمثل في أساسه مشكلة اجتماعية ، وتعتبر الصعوبات التي نواجههم في هذا الجانب كثيرة ومتعددة منها ما يلي :

١- صعوبة إقامة العلاقات الاجتماعية المتبادلة .

٢- قصور الانتباه المشترك من جانبهم .

٣- عدم قدرتهم على التعاطف مع الآخرين .

٤- صعوبة فهم التوقعات الاجتماعية من جانبهم .

٥ - عجزهم عن الارتباط بالأقران .

٦ - عدم قدرتهم على التواصل البصري .

٧- عدم قدرتهم على فهم تعبيرات الوجه .

## ( ٢ ) قصور في التواصل مع الآخرين :

يعاني هؤلاء الأطفال أيضاً من قصور في التواصل سواء لفظياً أو غير لفظي حيث أن هناك ٥٠ ٪ منهم على الأقل لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق، وبالتالي لا يكون بمقدورهم استخدام اللغة في الحديث أو استخدامها للتواصل، أما النسبة الباقية فإنها تعاني من قصور واضح في نمو اللغة لديهم حيث يتأخر ذلك النمو بشكل ملحوظ، ولا يكون لديهم سوى بعض الكلمات القليلة، ومع ذلك لا يكون بإمكانهم استخدامها في سياق لغوي صحيح كما نل على معناها الذي مره بمن، أي أنهم لا يستطيعون بشكل صحيح، كذلك فهم يعانون من اضطرابات عديدة ومختلفة في اللفظ (articulation disorders) .

ومن ناحية أخرى فإن لفهم التعبيرية expressive language كسبب للتكرار، والتسديد echolalia للكلام النمطي، والتعلق النمطي لتلك الكلمات التي يرددها، وعدم القدرة على إجراء محادثات متبادلة مع الآخرين أي عدم القدرة على إقامة حوار أو محادثة معهم وإبدال الضمائر، كما أن نعمة الصوت وإيقاعه من جانبهم يكونوا غير عديدين، هذا بخلاف الاستخدام الشاذ أو غير العادي للإيماءات. ومن ناحية أخرى فإن نعتهم الداخلي internal language أي فكرهم على الظاهر أو اللعب التحيلي مثل جاساً آخر من جوانب القصور التي يعانون منها. أما فكرهم على الفهم والاستيعاب فمن جانب آخر فهي محدودة جداً، كما أنهم يكونوا غير قادرين على فهم وإدراك لمفاهيم مجردة.

### ( ٣ ) اهتمامات وميول وسلوكيات عقلية وتكرارية :

وقد يتعلق باهتماماتهم وسلوكياتهم المثقة والتكرارية فهي تتضمن في "ثقة عبيد" من بينها أن أنماط لعبهم تكون تكرارية وعطوية، وأنهم يقومون بجمع أشياء معه عند ما تكون غير ذات قيمة أو جدوى لهم، ويضعونها في صف. كذلك فمن أهم الأمور التي يهتمون بها التعامل بأشياء غير عادية والألعاب إليها، والاستماع الشديد لموضوعات أو أمور معينة، ومقاومة أي تغير يمكن أن يطرأ على بيئتهم المحيطة حتى وإن كان مثل هذا التغير بسيطاً، والإصرار على المسك بروتين صارم في أداء الأشياء إلى جانب القيام بحركات نمطية معينة.

وعلى الرغم من أن جميع الأطفال التوحديين يعانون من جوانب القصور لتلك التي عرضنا لها فإن تلك المشكلات التي تصادفهم في كل منها تتوقف على مستوى ذكائهم، كما قد تتوقف على عمرهم الزمني إلى حد ما حيث أنه مع زيادة مستوى الذكاء، وزيادة العمر الزمني يزداد احتمال استخدام الطفل للكلمات المختلفة، ودمجه في مصاعلات اجتماعية مع الآخرين، والاشتغال باهتمامات خاصة، ولجميع حقائق بدلاً من تجميع الأشياء. ومع ذلك يبقى الطفل مع زيادة عمره قسري ووصوله إلى

مرحلة المعلقة وما بعدها متحدثاً بشدة على أسرته، ونظراً لاحتياجاته الخاصة هي تتطلب العديد من التوافقات في البيئة المحيطة وذلك على العكس من أقرانهم ذوي متلازمة أسبرجر والذي يكون مستوى ذكائهم كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٤) على الأقل في مستوى المتوسط، كما يكون مستوى ذكاء بعضهم الآخر مرتفعاً، وربما يكون مرتفعاً جداً مع العلم بأن بعضهم يكون موهوباً في مجال أو أكثر من المجالات المختلفة للموهبة.

وجدير بالذكر أن التدخلات المختلفة وخاصة التدخلات الطبية أو الغذائية التي تستلزم بتحديد نظام غذائي معين يكون أثرها محدوداً، أما التدخلات الأخرى وبنسبة تكرار سلوكية في الغالب كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٢) حتى مع استخدام مستويات الصبر التي يسر وفق الاتجاهات الحديثة في هذا الصدد وفي مقدمتها جداول شدته لتصوره فإن نتائجها تتوقف على مستوى ذكاء الطفل وارتبط به في علاقة ييجابية، ولكن برامح التدخل المبكر *early intervention* تسهم في الحد بدرجة كبيرة من تلك المشكلات السلوكية التي يعانيها الطفل منها فتعكس آثارها على الأسرة أيضاً حيث أن عدم التعاون السلوكي مع تلك المشكلات يعشج حياة الأسرة رأساً على عقب، ويجعلها لا تطيق، كما أن النجاح في التعامل معها من خلال تلك البرامج يسر التعرض بها لعناء الأسرة، ويساعدهم في التظلم على ما يصادهم من مشكلات يسببها قصور.

#### ٢- متلازمة أهراس داكن

تعد متلازمة أهراس داكن غطاءً أساسياً من أنماط الإعاقة العقلية يشهد درجة معينة من القصور العقلي أو القصور في القدرة العقلية حيث يتراوح مستوى ذكاء الأطفال من هذه برملة أو المتلازمة بين التحلل العقلي البسيط والمتوسط، كما أنها نادراً ما تحدث أطفالاً منهم يقل مستوى ذكائهم عن هذا المستوى. وعلى عكس البيان أن هؤلاء الأطفال كثيرهم من الأطفال حاجتهم ومتطلباتهم الخاصة، وأنهم نظراً لظروفهم يحدون من أكثر عتات الإعاقة العقلية التي يمكن أن تستفيد من الدمج نظراً لأن عيبتهم

يعتمدون من الناحية التربوية من فئة التلاميذ للتعليم، بخلاف نسبة أخرى منهم بعد من القديسين لتدريب. ونظراً لتفاوت قدراتهم المختلفة تعلموا كثيراً من مستوى أو درجة استقلاليتهم أو قدرتهم على الأداء الوظيفي المستقل تتفاوت بشكل كبير وهو الأمر الذي يفرض علينا عند استخدام أساليب التدخل المختلفة معهم أن نصمم خطة تعلم فردية تقوم على مثل هذه القدرات والإمكانات إلى جانب حاجات الطفل التي تميزه عن غيره من الأطفال الذين يشهونه في إعاقته. ومن ثم فإسناد تسير وفق مبدأ التعلم المتبع في التعامل معهم وهو التدخل على أسس فردية وذلك كمعيار من فئات الإعاقات الأخرى التي لا تقع عند حدود الإعاقة العملية بحسب بل تتضمنها إلى الإعاقات الأخرى المختلفة أياً كان نوعها.

وهناك العديد من السمات التي تميز هؤلاء الأطفال ويجعل منهم فئة فرعية بين فئات الإعاقات الأخرى، كما يجملهم كذلك بمثابة فئة متعددة، ويمكن تمييزها عنهم بسهولة. وتتضمن مثل هذه السمات ما يلي:

- ١ - جماعات الجند.
- ٢ - النطق في ابتلاع الطعام أو حتى السوائل.
- ٣ - ضعف السيطرة على اللسان.
- ٤ - التعرض المستمر لحصى الصدر أو حتى الأمراض الصدرية.
- ٥ - التهابات المستمرة للجيوب وخاصة الجيوب الأنفية.
- ٦ - أن حوالي ٤٠ ٪ منهم تقريباً يتعرضون لأمراض القلب والتي تترافق بين قطع الحنك slight murmur إلى الشلوك الشديد الذي يتطلب الجراحة.
- ٧ - التعرض لمشكلات في السمع.
- ٨ - مشكلات في الإبصار.
- ٩ - مشكلات في العدة الدرقية أو التقصير الدرقي.

١٠. هؤلاء نسبة لا بأس بها من هؤلاء الأطفال قد تكون حياتهم العادية على الرغم من كس هذه المشكلات، وقد يعيشون إلى ما بين ٤٠ - ٦٠ سنة، وربما أكثر من ذلك.

ومن الجدير بالذكر أن هذه المتلازمة ترجع في الأساس إلى شذوذ أو خطأ كروموسومي معين لا يعتمد بدرجة كبيرة على الوراثة، وإن كان رغم ذلك يعتمد على وجود تاريخ مرضي لدى أسرة أي من الزوجين، وإلى زيادة عمر الأم الحامل من خمس وثلاثين عاماً. وترى كينج وسوتيل (Kessing & Sawtell, ٢٠٠٦) أن مثل هذا خطأ أو الشذوذ الكروموسومي يتحدد في الكروموسوم رقم ٢١ الذي يصح تلاتس أي يتضمّن كروموزوماً زائداً أو بإصلياً نتيجة لأن عدد الكروموسومات في الحيوان مسوي أو البويضة يكون ٢٤ بدلاً من ٢٣ كما يؤدي بالتالي إلى زيادة عدد الكروموسومات في الخلية ليصبح ٤٧ بدلاً من ٤٦ كما يحدث في الظروف العادية إذ يكون إجمالي عدد الكروموسومات المردية في الحيوان للنوى ٢٢ ومثلها في البويضة، وتمثل في ٢٢ كروموزوماً فردياً لها جينات باقطة للمساواة، أما الكروموزوم الأخير فيكون كروموسوماً جنسياً ويكون دائماً  $X$  عدد الأنثى أي يكون كثلث في كل بويضة تمرر شهرياً، بينما يختلف في مرات للذكور حيث يكون  $X$  في بعض المرات، ويكون  $Y$  في بعضها الآخر إذ تكون الحيوانات المنوية في مرة التقذف الواحدة عبارة عن نسخة واحدة. ونظراً لأن انقسام الخلايا بعد تخليق نسخ وتكرر نسخة الأصلية بكل ما فيها من كروموسومات وجينات، فإن كل خلية من خلايا الجسم تصبح بثلاث متضمنة لنسخ وأربعين كروموسوماً.

ومن هذا المطلق فإن هذه المتلازمة أو هذه الحالة تسمى أحياناً بالشذوذ لكروموسومي في الكروموسوم رقم ٢١ (Trisomy 21) الذي يتضمن ثلاثاً من الكروموسومات وهو ما يدل عليه للمصطلح الإنجليزي المستخدم حيث تعني ثلاثة، somyia تعني كروموسومات، وبذلك فإن المصطلح ككل يعني أن الكروموسوم رقم



٢١. بعض ثلاثية كروموزومات. وتحت معظم هذه الحالات نتائج لزيادة في عدد الكسروموزومات من جانب أى من الوالدين قبل الحمل، أو نتائج خطأ في التقسيم الخلوي وذلك في المراحل الأولى لتكوين البويضة الملقحة. وتقل احتمالات ولادة طفل أصغر من هذا النمط حيث لا تتجاوز تلك الاحتمالات ١ % تقريباً، ومع ذلك فهناك حالات أخرى كما أوضحنا من قبل، وكما سوضح بالتفصيل في الفصل الرابع لا تتضمن مثل هذه الزيادة الكروموزومية، بل يكون عدد الكروموزومات في كل خلية صيغياً أى ٤٦ كروموزوماً فقط، ولكن الخطأ في تلك الحالة يكمن في نقل جزء من الكسروموزوم رقم ٢١ أو انتقاله بأكمله إلى كروموزوم آخر فـ يكون الكسروموزوم ١٣ أو ١٤ أو ١٥ أو ٢٢ ولكنه في الغالب يكون رقم ١٤ وقد يحدث ذلك من الحمل، وقد يحدث كذلك بعد الحمل وذلك عندما يتوقف هذا الكروموزوم عن الانقسام ويتصل جزءه أو ينتقل بأكمله إلى الكروموزوم رقم ١٤. ويمكن أن يكون الوالد أباً كان أو أمّاً حاملاً لذلك كسمة متسحبة فينقلها إلى نسلها من سائمة لديهم، وأن حوالي ١ % تقريباً من أولئك الأطفال هم الذين يرثون تلك الحالة أى تتصل إليهم وراثياً وذلك من والدهم الذى يعد حاملاً لخل هذه السمة. هذا وبلغ احتمالات ولادة طفل آخر من ذلك النمط ١ : ٦ إذا كانت الأم هي الحاملة لتلك السمة أو الباقية لها، بينما يبلغ ١ : ٢٠ إذا كان الأب هو الناقل لها أو هو الذى يحملها، وإلى جانب ذلك هناك حالة أخرى يجمع الفرد خلالها في خلاياه بين الخلايا الطبيعية وسلاسل الشاذة حيث يكون عدد الكروموزومات في بعض خلاياه طبيعياً أى ٤٦ كروموزوماً، بينما يكون في بعضها الآخر شاذاً أى ٤٧ كروموزوماً، وعادة ما تتكون هذه الحالة بعد الحمل حيث تنقسم الخلايا بشكل عادي، بينما يحدث خطأ يتعلق بذلك في الانقسامات التالية مما يجعل بعض خلايا الجسم عادية وبعضها الآخر شاذاً، ونستبعد درجة الإعاقة لدى الفرد يحمل ما لديه من خلايا شاذة في مقابل خلاياه «طبيعية»، وتعد ولادة طفل آخر في الأسرة من نفس هذا النمط «مادة للعبه».

ورسم وجود ثلاثة أنماط من متلازمة أوتريش دون فائز لا يوجد فروق بين الأنداء  
من هذه الأنماط جميعاً، ولكن بإمكاننا أن نعرف على خط هذه المتلازمة على وجه  
التحديد من خلال فحص الدم، ورسم بروجيل للكروموسومات karyotype .

وإذا كانت عناصر ولادة طفل من ذوى متلازمة داون تزداد مع زيادة عمر الأم  
حتى عس ٣٥ عاماً فإن النسبة الأقل من هؤلاء الأطفال يولدون لأسهات نصل  
أعمارهن إلى مثل هذا السن، ونظراً بالنسبة الأكبر منهم يولدون لأسهات نفل  
أعمارهن عس الثلاثين. وقد يرجع ذلك إلى الأساس إلى أن الأم عندما نصل إلى هذه  
السن الذى تزداد فيه مخاطر للتعرض لتلك الإصابة تكون قد حملت ووضعت كثيراً،  
وبالتالى فهناك غالباً لا نعمل في ذلك السن أى نكون قد اكتمت بحرات الحمل وولادة  
سابقة. ومن ثم نظل المشكلة في أساسها منحصرة في النساء الأصغر من أى الثلاثين  
تعرض أعمارهن عس ثلاثين عاماً وخاصة أولئك الثلاثين يكون لديهن أو لدى أزواجهن  
مربع مرضى أسرى مثل هذه الحالات. ولذلك فغالباً ما يلجأ إلى فحص الطية  
الدرية سلخ الحامل في هذا الإطار وذلك منذ بداية فترة حملها حيث هناك فحص  
بصفة يتم التعرف من خلالها على احتمالات حدوث مثل هذا الخطأ الكروموسومي .  
وتتميز تلك الفحوصات بى فحوص الدم البسيطة للأم الحامل، وبن فحص  
استخدام الموجات فوق الصوتية. وتعد النتائج التى يتم التوصل إليها باستخدام مثل  
هذه الفحوصات الأخيرة على وجه التحديد نتائج مؤكدة بدرجة قد تزيد عس ٩٩ %  
تقريباً وهو الأمر الذى يجعلها دقيقة للغاية.

وتشير سارة روتر Rutter, S. (٢٠٠٢) إلى أن متلازمة أعراض داون تعد مشكلة  
عس حوالى ١٥ - ٢٠ % تقريباً من نسبة الإصابة بالإعاقات الطلية. ومن المعروف  
أن الصيب الإنجليزي جون لانغدون داون John Langdon Down هو الذى اكتشف  
هذه المتلازمة عام ١٨٦٦ ، وأن عالم الوراثة والحيات المرسي البروفيسر جيمس  
لجر Jerome Lejeune هو الذى اكتشف عام ١٩٥٩ أنها ترجع إلى تشو

كروموسومى في الكروموسوم رقم ٢١ وأطلق على الحالة 21 trisomy وذلك لدى  
 ٩٤ ٩٥% تقريباً من هؤلاء الأطفال، وبعدما تم اكتشاف عظمى منهم من تحت  
 المتلازمة هما الانتقال الخاطى للكروموسوم رقم ٢١ إلى كروموسوم آخر translocation  
 2 trisomy ويحدث لدى ٤% تقريباً من أولئك الأطفال، أما النوع الأخير فهو  
 اسمه «مبعضى» أو ما يعرف بتضاعف تركيب الخلايا mosaic ويحدث هذا النمط  
 لدى حوالي ١-٢% تقريباً من هؤلاء الأطفال. ومن هنا فإن متلازمة أعراس داو  
 لا تعود إلى الوراثة لدى الغالبية العظمى من تلك الحالات التي تعرضت من أعضائها  
 — in the vast majority of cases Down's syndrome is not hereditary  
 إلى عوامل أخرى غير معروفة حتى وقتنا الراعى تؤدي إلى حدوث شذو كروموسومى  
 لدى أحد الوالدين أو إلى شذو في انقسام الخلايا ينتج عنها وجود كروموسوم زائد أو  
 بضائع مع الكروموسوم رقم ٢١ والذي يمثل مصدره في الأب أو الأم على حد سواء  
 دون أي مروي تظهر على الطفل، إلا أن الأكثر شيوعاً أنه يأتي من الأم وخاصة عند  
 يصل عمرها إلى ٣٥ عاماً أو يزيد، ومع ذلك فلا يزال سبب هذا الأمر غير معروف  
 بحدٍ حتى الآن إذ أنه من الأكثر غرابة كما أوضحنا من قبل، وكما سوضح بالتفصيل  
 في الفصل الرابع أن النسبة الأكبر من هؤلاء الأطفال تتم ولادتهم لأمهات تقى  
 أعمارهم عس ثلاثين عاماً، كما أن تلك الحالات التي تعود إلى الوراثة من يسهم لا  
 تتجاوز ١% تقريباً، وتكون جميعها من النمط الثاني translocation حيث يكون  
 أحد الوالدين حاملاً لتلك السمة ويرثها الطفل عنه علماً بأن هذا النمط ككر لا يمثل  
 سوى ٤% تقريباً من دوى هذه المتلازمة أى أن معظمهم فقط هم الذين يتأثرون  
 بالوراثة، ولتحقيقة المؤكدة حتى الآن أن حدوث مثل هذه المتلازمة لا يرتبط بأشياء  
 معينة أو ممارسات معينة أو حتى ممارسات جسية معينة قبل أو أثناء الحمل، كما أنه  
 يحدث في كل الطبقات الاجتماعية، ومن كل الأجناس، وفي كل الثقافات دون تمييز،  
 وفي كل الأنظار.

و يجب لا شك فيه أن الطفل من ذوي متلازمة أعراض داون يمكن التعرف عليه بسهولة بعد ميلاده نظراً لوجود سمات معينة تميزه عن غيره معرض لها بالتفصيل في حينه، كما أنه يتعرض أيضاً لمشكلات عديدة في القلب، والسمع، والإبصار، والغدة الدرقية، والجهاز الهضمي، ومشكلات أخرى تتعلق بالجهاز التنفسي متعرض لها جميعاً في ذات العمر. ونظراً لأن العديد من تلك المشكلات يمكن علاجها طبيياً فإن الحالة الصحية للطفل يمكن أن تتحسن بشكل جيد، ولكن يجب أن يكون هناك كشف طبي دوري على الطفل حتى نظل حاثين الصحة على هذا النحو من التحسن وهو الأمر الذي نلاحظه في الآونة الأخيرة مما ساهم في أن يعيش بعضهم حتى بعد سن الأربعين وربما الستين. كذلك يمكن النحو، إلى أنماط أخرى من التدخل يمكن أن تساعد البعض على أثرها على ممارسة حياته بشكل شبه عادي، وعلى أن يتعايش مع الآخرين وأن يندمج معهم علمياً بأن نتائج مثل هذه التدخلات تزداد إيجابية كلما بدرت باستخدام برامج التدخل المبكر المختلفة.

## الإعاقة العقلية للزوجة

نعتبر إعاقة العقلية المزدوجة بمثابة حالات متعددة ومتنوعة من الإعاقة التي يتم حلها بجمع بين أكثر من نمط واحد من أنماط الإعاقة العقلية، ونعرف مثل هذه الحالة من الإعاقة بالإعاقة العقلية أي التي تجمع في طرفها بين الإعاقات المعنوية، وبعد أكثر تلك الإعاقات شيوعاً ما يجمع بين اضطراب التوحد من ناحية وبين التخلف العقلي أو متلازمة أعراض داون من ناحية أخرى وهو ما تتناوبه بالتفصيل في الفصل الأخير من الكتاب، ومن ناحية أخرى فقد يمثل أحد طرفي الإعاقة العقلية المزدوجة في أحد الأنماط الثلاثة التي تمثل الإعاقة العقلية سواء كانت تلك الإعاقة هي التخلف العقلي، أو اضطراب التوحد، أو متلازمة أعراض داون، بينما قد نمش الطرف الثاني من تلك الإعاقة في أحد الاضطرابات السامية المعروفة، أو في أي نمط من الأنماط الثلاثة الأساسية للمثلية للإعاقة الجسمية والتي تتمثل في إعاقة أحد أعضاء الجسم، والأمراض المزمنة، وإصابات الدماغ إلى جانب ما يمكن أن يصعبه كل نمط

أساسي منها من أنماط فرعية مختلفة. كما يمكن أن يمثل هذا الطرف الآخر من إمكانية العقلية المردوجة في أي إعاقه حسية أخرى كإعاقه البصرية أو إعاقه السمعية و أي إعاقه حسية أخرى. وعلى هذا الأساس فإن الإعاقه العقلية في أي نمط من أنماطها يمكن أن تصاحبها إحدى الإعاقات التالية حتى تكون إعاقه مردوجة، وهذه الإعاقات هي:

١- الإعاقات العقلية.

٢- الإعاقات الجسمية.

٣- الإعاقات الحسية.

٤- الإعاقات أو الاضطرابات الثنائية.

ومبهمان هذا المقام هو الإعاقه العقلية- العقلية أي التي تتجمع في صميمها بين نمطين من أنماط الإعاقه العقلية حيث يتوزع الموضوع الكتابي الحالي حول مثل هذا النوع من الإعاقات، فيما ستناول في مواضع أخرى تلك الإعاقات المردوجة التي تجمع بين الإعاقه العقلية من ناحية وبين واحد أو أكثر من أنماط الإعاقات الأخرى التي عرصفنا لها من قبل. وعلى هذا الأساس فسوف نكتفي هنا بتناول اضطراب التوحد مع كمن من التخلط العقلي من ناحية. ومتلازمة أعراض داون من ناحية أخرى، بعد ستناول في مواضع أخرى تلك الإعاقات المردوجة العقلية الجسمية مثل عصب التوحد والإعاقه البصرية، واضطراب التوحد والإعاقه السمعية، ثم التخلط العقلي والإعاقه البصرية، والتخلط العقلي والإعاقه السمعية. كما يمكن من ناحية أخرى أن نتناول التلازم المرضي بين أي نمط من أنماط الإعاقه العقلية وبين أي نمط أو حتى نمطين فرعيين من أنماط الإعاقه الجسمية، إضافة إلى إمكانية تناول أنماط الإعاقه العقلية مع أنماط الإعاقات أو الاضطرابات الثنائية المختلفة. ومن هذا المنطلق يتضح وجود أنماط أساسية من هذه الإعاقات إلى جانب العديد من الأنماط الفرعية التي تنمرع عن مثل هذه الأنماط الأساسية التي يمكن أن تتصل بصفة رئيسية فيما يلي:

١ - السحب المعلى والإعاقات الأخرى أو الإضافية .  
mentā, retardation and other (additional) disabilities

٢ - اضطراب التوحد autism والإعاقات الأخرى أو الإضافية .

٣ - متلازمة أرفايس داون Down's syndrome والإعاقات الأخرى أو الإضافية .

هذا قيد يتعلق بالأنماط الأساسية من الإعاقات العقلية المزدوجة، أما الأنماط الفرعية السبق تنسرع منها وتتمى إلى كل منها فيمكن أن تضم أى نمط من الأنماط الأربعة بالإعاقات التى عرصنا لها من قبل، وبالمثل فإن كل نمط من أنماط الإعاقة العقلية مع كل نمط آخر من أنماط الإعاقات الأخرى يمكن أن يمثل فئة مميزة وفريدة حيث تختلف كثيراً صغر عيها من الفئات الفرعية المختلفة التى نشأ عن تلازم أى نمط من أنماط لإعاقة العقلية وأى نمط من أنماط الإعاقات الأخرى، وسوف نجد أن كل فئة فرعية من تلك الفئات تمثل فى جوهرها فئة غير متجانسة من الأفراد امتداداً إلى العديد من السمات ذات الصلة . وإذا ما وضعنا ذلك فى اعتبارنا فسوف نجد أن الفئات الأساسية الثلاث السابقة تمثل فى الأصل ذات غير متجانسة وتلك للأسباب التالية

١ - أن كلاً منها تضم عدداً كبيراً من الفئات الفرعية .

٢ - أن كس هذه فرعية متضمنة تتأثر مجموعة كبيرة من المتغيرات المختلفة التى ينشأ تأثيرها بدرجة كبيرة بين أعضائها .

٣- أن كس فئة فرعية تتأثر مجموعة من المتغيرات قد تختلف عن غيرها من الفئات الفرعية المعادة الأخرى .

٤- أن كل فئة فرعية بناء على ذلك تمثل فى حد ذاتها فئة غير متجانسة من الأفراد .

٥- أن كل عضو بكل فئة فرعية من هذه الفئات يمثل حالة فردية فريدة .

ومن هذا المنطلق تتبين أساليب الرعاية بما تضمه وتنقسمه من عدد من المهور ذات الصلة من بينها ما يلى :

١- استراتيجيات.

٢- أساليب التدخل.

٣- برامج إرشادية، أو تلوينية، أو علاجية.

٤- برامج أخرى تتمركز حول الطفل، أو تتمركز حول الأسرة، أو برامج مجتمعية منظمة.

٥- الاستفادة من مصادر المجتمع في تصميم وتنفيذ الخطط التربوية الفردية التي تختلف من طفل إلى آخر.

### أساليب الرعاية

تستعد أساليب الرعاية واستراتيجيات التدخل التي يمكن اللجوء إليها في مثل هذه اعمام وتتنوع بشكل كبير للدرجة أنها تختلف حتى من حالة إلى أخرى. وسوف نعرض هنا بعض هذه الاستراتيجيات فقط أو أكثرها استعمالاً، ونعرض عند ذور دل إساق في فصل مستقل لما يمكن أن نتعلمه منها من استراتيجيات متنوعة.

### ١١) الاكتشاف المبكر للحالة :

يتمش الاكتشاف المبكر للحالة أساساً حتماً في نجاح ما يقدم لها من تدخلات، وتعقيد أهدافها، وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث تحسن من جانب الحالة. ويتوقف ذلك على ملاحظة المؤشرات والدلائل الأولية من جانب الطفل التي تعكس معاناته. وتتمثل مثل هذه الدلائل في المقام الأول في تلك المحركات التي يعرضها الدليل التشخيصي الذي يصرف بدليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض ولاصعوبات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة IV-DSM الصادر عن الجمعية الأمريكية لطب النفس (١٩٩٤) APA الخاصة بكل منها.

هذا وسوف نعرض في الفصول ثنائ والثالث والرابع للعديد من المؤشرات الأخرى الدالة على ذلك حيث أننا قد اكتفينا هنا بمجرد الإشارة إلى مصدر هذه المؤشرات

مقد وهو الأمر الذى يسهم فى التشخيص المبكر لتلك الحالات حتى يتم الالتفات إليها  
ل ومن مبكر وعلاجها على الفور كي لا تتفاقم ويزداد الأمر سوءاً .

## (٧) الخدمات الاجتماعية :

تتوسع تلك الخدمات الاجتماعية التى يمكن تقديمها لمثل هؤلاء الأفراد حتى يتمكنوا  
من الاندماج مع الآخرين ومشاركتهم ما يقومون به من أنشطة مختلفة ، ومن هذه  
الخدمات ما يلى .

١- التدريب على التواصل ؛ وهناك أساليب مختلفة بالنسبة لكل فئة من هذه  
الفئات سوف نعرض لها بالتفصيل فى الفصول الثان والثالث والرابع .

٢- التدريب على السلوك الاستقلالى من خلال تنمية وتقوية مهارات الحياة  
اليرمة هؤلاء الأطفال وذلك بعد تعليمها لى لا يجيدها ، وتدريبهم عليها

٣- التدريب على استخدام الكمبيوتر وغيره من الوسائل والأجهزة التكنولوجية  
الحديثة التى يتم استخدامها من جانبهم .

٤- الإحالة إلى المستشفى أو العيادات الخاصة وذلك لتلك الحالات الو تنصب  
رعاية طبية خاصة لأى أسباب كانت .

٥- تقديم المساعدة الاجتماعية لأسر هؤلاء الأطفال بما يمكنهم من تقديم الرعاية  
لهم .

## (٨) التدخل المبكر :

بعد التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات العقلية على درجة كبيرة من الأهمية  
حيث يعود بالفائدة على الطفل ومساعدته دون شك فى تحقيق قدر معقول من التواصل  
مع الآخرين المحيطين به ، كما يساعده على التفاعل معهم . ويجب أن نعمل على تحقيق  
أهداف معينة خلال البرنامج بما يضمن اشتراك الطفل فى العديد من الأنشطة المختلفة ،  
من أهمها ما يلى :



١ - التشخيص المبكر لظواهر الإهمال، والتعرف عليهم، وتحديدهم من خلال اللجوء إلى تقييم شامل لهم .

٢- تزويد الأسرة بما يجب أن تقدمه للطفل، ومساعدتها في تنفيذ خطة معينة في هذا الصدد، والاشتراك معها في تحديد الأنشطة المناسبة .

٣- إعداد المعلمين العاملين للتعامل مع هؤلاء الأطفال ومساعدتهم على تحقيق معدل مقبول من النمو .

٤- تحقيق التكامل بين الأسرة والمدرسة أو المعلم في هذا الإطار، وبصورة متساوية وفقاً لخطة محددة في سبيل تحقيق مصلحة الطفل .

ومن الجدير بالذكر أن هناك ثلاثة أنواع من برامج التدخل المبكر يمكن أن يدرج كسر برنامج تحت أحدها، كما يمكن أن يجمع بين أكثر من نوع من هذه الأنواع الثلاثة في إطار برنامج واحد، وتشمل تلك الأنواع فيما يلي :

١- برامج تركز حول الطفل .

٢ - برامج تركز حول الأسرة .

٣- برامج تدخل مجتمعية .

وإن جانب ذلك فإن مثل هذه البرامج تعطي عدداً من المجالات كما يلي .

أ - مجال تقييم حاجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

ب- مجال إشباع حاجات أولئك الأطفال .

ج- مجال رعاية نمو الأطفال للمواطنين .

د - مجال رعاية أسر الأطفال للمواطنين .

هـ - مجال نمو الأطفال المعرضين لمخاطر الإعاقة .

و - مجال تقييم وإشباع حاجات الأطفال المعرضين لمخاطر الإعاقة .

ز - مجال رعاية أسر الأطفال المعرضين للاضطرابات التنموية .

ويجب التدخل المبكر أن يتم إجراء تقييم شامل للطفل يتم من خلاله التعرف على سماته، وما عيل إليه، وبفضله، كما يتم أيضاً التعرف على قدراته اعتماداً وقدرته على التواصل، وتقييم الوسائل التعليمية المستخدمة، وتحديد حاجات الطفل، ويتم بهه على ذلك تحديد استراتيجيات التعلم المناسبة، وتحديد الخطة التربوية الفردية لكل طفل، واستراتيجيات التواصل، والأنشطة والألعاب اللازمة للتفاعل، كذلك فإن التدخل المبكر يتضمن مجموعة من الإجراءات الخاصة التي تعمل على أخذ من الآثار السلبية للإعاقة فلا تتحول بالتالي إلى عجز دائم، كما تعمل على توفير الرعاية المناسبة، والخدمات العلاجية اللازمة التي تساعد الطفل على النمو والتعلم حتى استفادته منها، وحتى تأتي مثل هذه العملية بشمارها المرجوة يعني أن تنعكس عدد من العناصر كما يلي .

- ١- أن يبدأ بعملية تقييم الأسرة والظروف الأسرية المختلفة .
- ٢ - دراسة الخصائص المختلفة للبيئة الأسرية للطفل وما يمكن أن يتيح من فرص متنوعة للنمو أمله .
- ٣ - التعرف على العلاقات والتفاعلات الاجتماعية بين الطفل ووالديه،
- ٤ - دراسة الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأسرة وما يمكن أن يكون به من انعكاسات على تعلمه وما يسهم به في ذلك .
- ٥- التعرف على المستوى التعليمي والثقالي للأسرة .
- ٦- التعرف على تلك الضغوط الناتجة عن الإعاقة وتحديدتها والتعامل معها .
- ٧- التعرف على ردود أفعال الأسرة تجاه مثل هذه الضغوط،
- ٨- تحديد مستوى الكفاية الوالدية في التعامل مع مختلف الضغوط التي تواجههم، ومن بينها الضغوط الناتجة عن الإعاقة .

ومما لا شك فيه أن الإعاقة المبكرة هي التي تصيب الطفل في وقت مبكر من حياته يكون لها أثرها السلبي السيئ على قدرته على التعلم حيث تقفده الكثير من المرحى

الشيء يمكن أن يتعلم منها، وتفقدته العديد من المهارات . كذلك فإن تلك الإعاقة قد نفقده الفرصة لتعلم اللغة كما في حالة اضطراب التوحد علماً بأننا نعد هي رسيه الاتصال والتواصل الأساسية، ولذلك يصبح من الضروري بالنسبة له أن يتمم أساليب بديهية يتواصل مع الآخرين . وإذا كان الأمر كذلك فإن التدخل المبكر يحد من قدر لا بأس به من تلك الآثار السلبية التي تترتب على الإعاقة، وبالتالي يعد أمراً في غاية الأهمية حيث يساعد الطفل في اكتساب العديد من المهارات، كما يساعد على اكتساب سلوك الاستقلال وهو الأمر الذي يعد مثل هذا الطفل في حاجة ماسة إليه.

ويجوز أن نركز برامج التدخل المبكر التي يتم تنفيذها هؤلاء الأطفال على تنمية وتطوير مهاراتهم المختلفة كالمهارات الاجتماعية على سبيل المثال، ومهارات حركية اليومية كتنسيق حركاتهم على التواصل مع الآخرين والتعامل معهم، وعلى أن يأسو بالسلوكيات الاستقلالية. ربما يسعى أن تركز تلك البرامج التي يتم توجيهها و. وذلك لأطفال ذوي الإعاقة العقلية للزوجة على حاسنهم للتواصل أولاً، كما يسهم في مساعدة والديهم على تقبل ذلك الأمر والتكيف معه.

وبما أنك تلاحظ أن برامج التدخل المبكر التي تكون موجهة نحو الطفل تهدف إلى تحقيق 'أحد هدفين يتمثل أولهما في التواصل، في حين يتمثل الثاني في التعلم. أما لبرامج الأخرى التي تكون موجهة نحو الوالدين والأسرة فتهدف إلى تعليم الوالدين وأعضاء الأسرة كيفية التعامل مع تلك الصعاب والمشاكل التي يمكن أن نخوض سوي نحقق أطفالهم للتواصل أو التعلم، وهو الأمر الذي نشطوي عليه البرامج التمهيدية أيضاً، ويمكن براد عليه في تلك الحالة العمل على دمج هؤلاء الأطفال مع غيرهم سواء من معوقين أو العاديين.

#### (٤) الوسائل والخدمات التكنولوجية للمساعدة :

تعني الوسائل التكنولوجية المساعدة assistive technology devices أي عصر أو جهاز أو نظام يتم استعماله بما هو عليه أو بعد تعديله وذلك في سبيل احتياط على

القسرات الوظيفة للطفل المعوق، أو تحسينها، أو زيادتها. أما المجموعات التكنولوجية مساعدة ضمنى أى خدمة يتم تقديمها للطفل المعوق كى يساعد على بشكل مباشر على اختيار الوسيلة التكنولوجية المساعدة اللازمة للطفل التى تعد هى الأكثر فائدة له، وتساعد هو فى ذات الوقت على استخدام مثل هذه الوسيلة بما يعمل على تحقيق هدف منها، ويتضمن ذلك ما يلى :

- ١- تقييم احتياجات الطفل بما فيها تقييم أدائه الوظيفى فى البيئة المحيطة.
- ٢- شراء الوسائل التكنولوجية اللازمة للطفل، أو تقديم تسهيلات معينة كالإعفاءات الجمركية لتلك الأجهزة، أو توفيرها لهم بأسعار مخفضة.
- ٣- اختيار، وتصميمه وإصلاح، واستبدال مثل هذه الوسائل التكنولوجية كما يعمل على توفيرها لهم.
- ٤- استخدام تدخلات وعقدات وأساليب أخرى إلى جانب تلك الوسائل كبرامج التأهيل والتدريب وعلاقتها مما يسهم فى تحقيق الاستفادة القصوى منها.
- ٥- تدريب وتأهيل وتوفير للمعلمين اللازمين الذين يمكنهم مساعدة الطفل على الاستفادة من تلك الوسائل.
- ٦- تدريب أسرة الطفل المعوق على مساعدته كى يستخدم تلك الوسائل ويستفيد منها أيضاً.

وهناك العديد من الأجهزة التكنولوجية الحديثة التى تعد بمثابة أجهزة تعويضية أو مساعدة يمكن أن تسهم بدرجة كبيرة فى مساعدة هؤلاء الأطفال على تحقيق تدت لأهداف من البرامج المستخدمة، والتى تتمثل عاليها كما أسلفنا فى تحقيق التواصل والتعلم، وفى هذا الإطار هناك أجهزة الكمبيوتر العادي، والتليفزيون، والفيديو، والمسجلات أو أجهزة التسجيل، وأجهزة العرض المتحركة، والمسحات. كما يمكن استخدام معروض البصرية، والكمبيوتر المناطق خاصة مع الأطفال التوحدين وهو ما

ملاحظة من خلالنا أن غالبية تلك الأساليب الحديثة يتم استخدامها بعرض عدم مشروبات بصرية متنوعة سواء كانت الصور للتقدم ثابتة أو متحركة ، ويمكن عند القيام بالمهام والأنشطة المختلفة حتى عند استخدام مثل هذه الوسائل أو الحديث أن نعود بمدد من الخطوات على النحو التالي :

١- تقسيم أو تحليل المهمة الكبيرة إلى عدد من المهام الأصغر حتى يمكن تناول كل منها.

٢- إعداد قائمة بما يجب على الطفل أن يقوم به .

٣- تحديد تعليمات أساسية ، ومحاولة تعليمها للطفل ، وتدريبه على الالتزام بها

٤- عدم عروص مبرية مبسطة كمداد لما يجب عليه أن يقوم به .

٥- السماح للطفل بالحصول على فترات راحة قصيرة أثناء قيامه بأداء مهمته

مستهدفة .

٦- اللجوء إلى التكرار كلما كان ذلك ضرورياً .

٧- توفير وقت إضافي حتى يتعلم الطفل المهمة جيداً ، ويتربى على أدائها بشكل مناسب .

## ( ٥ ) التواصل :

تختلف أساليب التواصل وتعدد ، بل وتتنوع باختلاف الإعاقة العقلية ، وبالنسبة للأطفال التخلفين عقلياً هناك أساليب للتواصل خاصة بهم ، فمهمهم عن غيرهم كما ستوضح في الفصل الثاني وإن اتفقت في جراب منها مع ما يتم تقديمه لأولئك الأصغر دوى منلازمة أعراض دأرب ، أما الأطفال التوحديين فلهم أيضاً أساليبهم بمبررة في التواصل ، وهو ما سلقى الضوء عليه في الفصل الثالث ؛ ومع ذلك فهم يستغلون في جانب منها حتى وإن لم يكن كبيراً مع أفرادهم التخلفين عقلياً ، وكذلك سمان بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية للدرجة ( العقلية - العقلية ) حيث تختلف

ملك الأساليب وفقاً لعدد غير قليل من التعريفات كما سيبر في الفصل الخامس :  
يستوقف الأمر في المقام الأول على درجة الإعاقة العقلية وشدة أو خففت ونوعها حتى  
يمكننا أن نحدد أهم الأساليب المستخدمة . ومن ثم يتم الاهتمام في المقام الأول بما تلقى  
منهم من قدرات حتى يصير بإمكانهم أن يقوموا بالأنشطة المختلفة للحياة اليومية ، وأن  
يحسن سلوكهم التكيفي ، وأن يزداد المهام والأنشطة المختلفة بدرجة معقولة من  
الاستقلالية ، وأن يتفاعلوا مع الآخرين .

#### (٦) العلاج الوظيفي :

يختصر لمعاج الوظيفي occupational therapy من التدخلات الرئيسية التي يجب  
الاعتماد عليها وتقديمها للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية بمختلف أنماطها سوء تمثلت في  
الحفظ العفسي ، أو اضطراب الوجد ، أو حلازمة داوود ، أو كانت إعادة عصبه  
مر دوحه تنصص أحد أنماط الإعاقة العقلية مع أحد الإعاقات الأخرى سوء إعاقة أو  
العقبة أو الحسية أو الجسمية .

وبعد هذا المبحث من الأنماط العلاجية بمثابة عينة تقدم لهم في سبيل مساعدتهم على  
أن يأثروا بالسلوكيات الاستقلالية مما يحيطهم أكثر اعتماداً على أنفسهم ، وحتى يتحقق  
ذلك يتم تقييم الحالة أولاً تقييماً دقيقاً كي يتحدد الأسلوب الأمثل للمدخل . ويتم  
اختيار تلك الأجهزة التي يمكن اللجوء إليها ، وعمل الترتيبات اللازمة في البيئة المحيطة  
أو البيئة المدرسية على وجه التحديد بما يمكن أن يساعد على تحقيق الاستقلالية في  
السلوك . وعلى هذا الأساس فإن العلاج الوظيفي يمكن أن يمثل جانباً من تأهيل  
rehabilitation ذوي الإعاقة العقلية على وجه العموم ، مثلهم في ذلك كما قرأهم  
المكفوفين أو الصم للمكفوفين وهو الأمر الذي يساعد كثيراً في تحسين أوضاعهم حيث  
إن ذلك من شأنه أن يساعد على تحقيق قدر معقول من التواصل مع الآخرين  
«عسيطون» ، ومن ثم إقامة العديد من العلاقات معهم وهو ما يمثل الأساس في سبيل  
إعترافهم من عزلتهم .

## ( ٧ ) استخدام التكنولوجيا الحديثة :

يمكن أن يساعد الكمبيوتر كثيراً في مجالات الإعاقات العقلية كغيرها من الإعاقات الأخرى حيث يستخدم الكمبيوتر العادي مع الأطفال المتعلمين عقلياً، ومع أنهم من ذوي متلازمة داون، ويمكن استخدام الكمبيوتر العادي أو المصمم للأطفال التوحشيين، كما تستخدم العروض البصرية أيضاً في إطار تلك البرامج الخاصة بهم وهو ما يمثل اتجاه حديثاً في هذا المجال - ومن ثم يدخل الكمبيوتر في هذا الصدد في إطار ما يصرف بالوسائل التكنولوجية المصنعة - وعند استخدام مثل هذه الوسائل فإننا نجد أن استعمالها مع الرضيع الراضع للفرد وكيف يمكن أن تستخدم تلك الوسائل معه في سبل مساعدته على تحقيق تلك الأهداف التي يتم تحديدها في هذا الإطار .

وعلى أي حال أن استخدام مثل هذه الوسائل لا يخلص الفرد من إعاقته بعينه حيث أن تلك الإعاقات موجودة قبل استخدام هذه الوسائل وبعده، إلا أن استخدامها يعمل على الحد من الآثار السلبية للإعاقة أي يساعد الفرد في التغلب على كثير من مشكلات أو الصعوبات التي تترتب عليها . وبالتالي فإن مثل هذه الوسائل يمكن أن تساعد بدرجة كبيرة في الاندماج مع الآخرين من خلال مساعدته على تحقيق اتصال جيد معهم، ثم يمكنه بعد ذلك من تحقيق قدر مناسب من التواصل معهم سواء كان التواصل تعبيرياً أو استقبالياً .

## ( ٨ ) الإرشاد الأسري :

يعد إرشاد أسر الأطفال المعوقين عقلياً من الأمور الهامة في هذا الإطار حيث من الضروري أن الأسرة هي التي تضطلع بالمسؤولية الأكبر في سبل رعاية الطفل وتأهيله، ومساعدته على الاندماج مع الآخرين . ونظراً لأن الاجتماعات الأسرية نحو العمل لمعوق تختلف وتتناهى مع مرور الوقت بين رفض للوضع القائم، أو رفض بوضع العمل أي إلقاء اللوم، أو تقبل الطفل ورفض أن يراه أحد، أو رفض للطفل ذاته، فإن نشأة الأسر بعد مشاهدة أمور يحتاج إلى الإرشاد - كذلك فإنه لا يمكن أن يغفل أي تقدم

مع العصر في تلك المراحل التي يتم تقديمها له دون أن تكون الأسرة شريكاً أساسياً في مثل هذه المراحل وهو الأمر الذي يتطلب أن يتم إشراك الأسرة في ذلك هو ميج التي يتم تقديمها بطفل حتى تستمر في تدريبه على القيام بما تتضمنه من عناصر في المنزل، وبالتالي يمكنها من هذا النطلق أن تكمل ذلك الدور الذي تصطلع به المدرسة أو الأخصائي وهو الأمر الذي يوفر فرصة أمام الطفل تمكنه من التدريب على المهام والأنشطة المختلفة وفقاً لطولاً يشه تلك الطريقة أو ذلك الأسلوب الذي اتبعه نوهز Loveas مع الأطفال التوحدين والذي لا يزال يعرف باسمه حتى الآن، ويقوم على تدريب الطفل بشكل مكثف يصل إلى أربعين ساعة أسبوعياً بما يمكنه من تعلم مهمة مقدمة له في الوقت المحدد، ومن ثم يتم تعليم الأسرة في سبيل القيام بذلك كيفية مساعدة الطفل على تعلم المهارات، ولهاهم، والأنشطة للطلورية والتدريب عليها حتى يتمكن من القيام بها بشكل مقبول ومستقل.

ومن الأمور ذات الأهمية في هذا الصدد ما يعرف بالإرشاد الجيني أو الوراثي genetic وهو الأمر الذي يتعلق بإرشاد أعضاء الأسرة جميعاً أو ما يعرف بشجرة العائلة وذلك عند اكتشاف حالة متكررة من الإعاقة التي ترجع إلى أسباب جينية أو وراثية، حيث يستدعي توصيهاهم بشكل دقيق وصريح حتى يأخذوا قرارهم مناسب من وجهة نظرهم سواء بالإيجاب أو بعدم الإيجاب وخاصة إذا ما تم اكتشاف جين متنح يور بعض أعضاء تلك الأسرة الأكبر أو الأقارب بما قد يلحق ظهور تأثيره لدى بعضهم، وهو ما لا يعني مطلقاً استبعادهم لدى بعضهم دون بعضهم الآخر، كما أن هناك أيضاً إمدادهم بالمعلومات عن الأمراض الوراثية المنتشرة، وكيفية تفاديها أو الرقابة منها، وكلها أمور لها أهميتها في هذا الإطار.





## المراجع

- ١- عياد عبدالله محمد (٢٠٠٤)؛ الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات ، القاهرة، دار الرشاد.
- ٢- عياد عبدالله محمد (٢٠٠٢)؛ جدول النشاط للصورة للأطفال التوحيدي وإمكانية استخدامها مع الأطفال المصابين عقلياً. القاهرة، دار الرشاد.
- ٣- عياد عبدالله محمد (١٩٩٩)؛ السلوك التكيفي كأحد المؤشرات التشخيصية للأطفال التوحيدين وأقرانهم المصابين عقلياً. مجلة بحوث كلية الآداب جامعة بوه، ج ٣٩، ص ٣٣ - ٥٨.
- 4 American Psychiatric Association (1994); Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed., DSM-IV, Washington, DC author.
- 5 Autism Society of America (1999);What is autism?USA, Bethesda,MD
- 6 Hollins, Sheila (2002), Controversial issues in autism : The measles, mumps, and rubella(MMR)vaccine.London: Medical Research Council.
- 7.Howlin, Patricia (1997); Treating children with autism and Asperger syndrome. A guide for carers and professionals. Chichester,Wiley.

- 8 Kendal, Philip C.(2000);Childhood Disorders. UK,East Sussex, Psychology Press Ltd, Publishers.
- 9.Kessling, Anna & Sewtcll, Mary (2002); The genetics of Down's syndrome. London: Oxford University Press.
10. National Alliance for Autism Research (NAAR)(2003);NAAR autism poll show Americans want more action on autism Washington,DC: NA AR, January 21
- 11.Rutter, Sarah (2002); Down's syndrome. London: Souvenir Press.
- 12 Williams, Christopher(1997);Terminus brain: The environmental threats to human intelligence. London: Cassell.



## الفصل الثاني

### **التخلف العقلي**



## تمهيد

يشير المصطلح العقلي كما ورد في التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية ( ١٩٩٢ ) WHO بمثابة حالة من تولف النمو العقلي أو عدم اكتماله، وتسم بالاختلال في المهارات يظهر أثناء دورة النمو ، ويؤثر في مستوى العام للذكاء أى القدرات المعرفية واللغوية والحركية والاجتماعية . وقد تحدث الإصابة مع أو بدون اضطراب نفسى أو جسمى آخر ، ولكن الأفراد المتخلفين عقلياً قد يصادون بكل أنواع الاضطرابات النفسية ، بل إن معدل انتشار الاضطرابات النفسية الأخرى بين المتخلفين عقلياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلى أربعة أضعاف بين العاديين . وإضافة إلى ذلك فإن الأفراد للمتخلفين عقلياً يتعرضون بدرجة أكبر لمخاطر الاستغلال والاعتداء الجسدى والجنسى . كما يكون سلوكهم التكيفى adaptive behavior مختلفاً دائماً ، ولكن في الميادين الاجتماعية التي تكفل الوقاية ومنع وقوع فيها معهم اللزوم لهم قد لا يكون مثل هذا الاختلال ظاهراً خاصة بين الأفراد ذوي التخلف العقلي البسيط .

وبعد التحلف العقلي من أحد مشكلات الطفولة معقدة إذ أنه كمشكلة يمكن النظر إليه على أنه مشكلة متعددة الجوانب؛ فهي مشكلة طبية ووراثية ونفسية وتربوية واجتماعية وقانونية ، وتتداخل تلك الجوانب مع بعضها البعض بما يجعل منها مشكلة مميزة في تكوينها إلى جانب حاجة الطفل للتخلف عقلياً إلى الرعاية والتأهيل والاهتمام من جانب الآخرين المحيطين به والمجتمع مثلاً في بعض مؤسساته المختلفة ، إضافة إلى ما

يركز التحالف العقلي من آثار عسيرة عميقة لدى أسرة الطفل للمتعوق عقلياً وكن من له علاقة بهذا الطفل .

ومن الجدير بالذكر أن هذا النمط من أنماط الإعاقات العقلية يعد هو الأكثر تلك الأنماط شيوعاً وانتشاراً على مستوى العالم بأسره، وهو الأمر الذي توضحه تلك الإحصائيات الصادرة عن الاتحاد القومي لدراسات وبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية في يناير ٢٠٠٣ National Alliance for Autism Research (NAAR) والتي تؤكد على أن أنماط الإعاقات العقلية يمكن أن تترتب بحسب سبب انتشارها بشكل يائي خلاله التحالف العقلي في المداية، يليه اضطراب التوحد، ثم متلازمة أفراسي داون . ومن ناحية أخرى فإن التحالف العقلي يعتبر هو الأكثر شيوعاً بين عامة الناس لدرجة أن أي حالة من حالات الإعاقات العقلية يمكن أن يشير إليها على أنها تعوق عقلي، إلا أنه إذا كان ذلك هو ما يحدث عادة بين عامة الناس فإنه لا يجب أن يحدث بسبب للتقنين منهم، بل ينبغي أن يكون هناك تحديد لنمط الإعاقه ودلت يمكن دق .

### مفهوم التخلف العقلي :

يعتبر مفهوم التخلف العقلي مفهوماً متعدد الجوانب حيث يمكن أن نطرح أنه من زوئنا حنة يهتم كل منها بتطور معين بحيث يتبين ذلك بين التطور الطبي، والتطور الاجتماعي، والتطور السيكومتري، والتطور التربوي . ويمكن أن نأول هذا مفهوم بمروبه لثلاثة على النحو التالي :

#### (١) التخلف العقلي من التطور الطبي :

يعرف التخلف العقلي mental retardation من التطور الطبي بأنه ضعف أو قصور في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل داخلية أو خارجية يؤدي إلى تدهور في كفاءة أجهزة العصب ، ويؤدي بالتالي إلى نقص في المستوى العام لعمو، وعدم اكتماله في بعض جوانبه، ونقص أو قصور في التكامل الإدراكي والفهم والاستيعاب .

كما يؤثر بشكل مباشر في التكيف مع البيئة . ومن ثم فإنه يتم النظر إليه في إطار هذا المنظور في ضوء تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها .

وجدير بالذكر أن هناك العديد من الأسباب التي يمكن لها أن تؤدي إلى التخلف العقلي، والتي يمكن لنا أن نصفها إلى فئتين رئيسيتين تتعلق الأولى بالعوامل الوراثية في حين تشمل الثانية بالعوامل البيئية ، ويمكننا أن نقوم إجمالاً من جانب آخر بتصنيف تلك الأسباب إلى ثلاثة عوامل أساسية تعرف بالعوامل التي تؤثر خلال مرحلة ما قبل الولادة، والعوامل التي تؤثر أثناء الولادة، والعوامل التي تؤثر خلال مرحلة ما بعد الولادة وهو ما سوف نتناوله بالتفصيل فيما بعد . كما أن هذا القصور في أداء الوظائف العقلية من جانب الطفل يعني أن العمليات العقلية المختلفة تشهد تطوراً اصحاً يعكس على مجموع الأدبيات العقلية للطفل بشكل يجعله في وضع أدنى من أقرانه كثير . ومن ناحية أخرى يذهب الشناوي (١٩٩٧) إلى أن الجمعية سكة الطبية النفسية في إنجلترا قد أشارت منذ سبعينات القرن الماضي إلى التخلف العقلي على أنه حالة من موقف النمو العقلي للطفل أو عدم اكتماله تظهر في صور مختلفة، وبعد الصورة المعتادة له هي الإعاقات في تكوين ما يعرف بتلك الوظائف متعددة التكامل والتي يمكن أن تقاس بالطرق السيكومترية المعتادة تحت مسميات متعددة كضعف العقلي، ونسبة الذكاء . كما أنها قد تمثل في حالات أخرى في عدم القدرة على ضبط الانفعالات، أو الوصول إلى تلك المواصفات المطلوبة للسوك الاجتماعي العادي . أي أن هذا التعريف يركز بذلك على عدم اكتمال النمو العقلي للطفل، وعدم قدرته على الوصول إلى السوك الاجتماعي العادي .

ومن ناحية أخرى فإن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي American Association on Mental Retardation AAMR قد اقترحت في ديسمبر ١٩٩٠ تعريفاً للتخلف العقلي بعد أكثر تفصيلاً من تلك التعريفات التي ظهرت قبله . ويذهب عمر جميل (١٩٩١) إلى أن هذا التعريف يتضمن جوانب إيجابية، كما يركز على القصور

و سلوك الطفل التكيفي، ويضع ذلك لأول مرة كمتحك قابل نسبة لذلك، ويخص  
 ليعرف عن أن التخلط العقلي يشير إلى " أوجه قصور أساسية في جوانب معينة من  
 الكفاءة الشخصية تظهر من خلال أداء دون المتوسط للقرارات العقلية يكون مصحوباً  
 بقصور في المهارات التكيفية وذلك في واحد أو أكثر من المجالات التالية :

١- التواصل .

٢- العناية بالنفس .

٣- المهارات الاجتماعية .

٤- الأداء الأكاديمي .

٥- المهارات العملية .

٦ قضاء وقت الفراغ .

٧ الاستفادة من مصادر المتخصص .

٨ التوجيه الذاتي .

٩ العمل .

١٠- السلوك الاستقلالي .

وغالباً ما تكون بعض أوجه القصور التكيفية مصحوبة بمهارات تكيفية أخرى  
 قوية، أو مجالات أخرى للكفاءة الشخصية، أي أن ذلك يعنى وجود بعض المهارات  
 التكيفية القوية إلى جانب مهارات تكيفية أخرى ضعيفة أو بها قصور، وهذا أمر طبيعي  
 بطبيعة الحال، وإلى جانب ذلك يتعين أن تكون أوجه القصور في المهارات التكيفية  
 لدى الطفل محددة في مجال بيئة اجتماعية معينة كذلك التي يعيش فيها أفراد الفرد ممن  
 هم في مثل سنه بحيث تكون مؤشراً لحاجته إلى المساعدة . وإلى جانب ذلك فإن  
 التخلط العقلي يحدث خلال سنوات النمو والتي تستمر حتى الثامنة عشرة من العمر،  
 وبذلك يصبح هناك ثلاثة شروط للتخلط للعقلي تتمثل في الشروط الثلاثة



١- قصور في الأداء الوظيفي العقلي .

٢- قصور في السلوك التكيفي وما يربط به من مهارات .

٣- حدوث تلك الحالة قبل الثامنة عشرة من العمر .

ومن جانب آخر فإن منظمة الصحة العالمية (World Health Organization WHO) قد عرفت الخلف العقلي في التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 International Classification of Diseases على أنه حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله تتميز باختلال في المهارات، ويظهر ذلك أثناء دورة النمو. كما يؤثر على المستوى العام لدكاء الطفل، أي قدراته المعرفية، واستقرية، والحركية، والاجتماعية. وقد يحدث الخلف مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسمي حاد، ولكن الأفراد للتخلف عقلياً قد يعانون بكل أنواع الاضطرابات النفسية، من مثل معدل انتشار الاضطرابات النفسية الأخرى، وللخلف عقلياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلى أربعة أضعافه بين مجموع السكان، كما يكون سلوك الطفل التكيفي متألاً، ومن هنا فإن الشروط الثلاثة اللازمة للخلف العقلي واضحة تماماً، وبمضمونها، نعرف بشكل صريح.

كما قد أقرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association APA في الطبعة السابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-IV) (١٩٩٤) وجود ثلاثة عكبات رئيسية للخلف العقلي كالتالي :

١- أداء عقلي عام دون المتوسط ونسبة ذكاء حوالي ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال .

٢- قصور في السلوك التكيفي للطفل أي فيما يتعلق بكفايته في التواء بالمستويات المطلوبة من هم في نفس عمره الزمني وفي مجتمعه الثقافية وذلك في اثنين هي :  
أولاً من المجالات التالية : التواصل، الاستفادة من إمكانات المجتمع وموارده،

والتوجيه السلقي، وللهارات الأكاديمية الوظيفية، والعمل، والفرع، والصحة، والسلامة.

٣- أن يحدث ذلك خلال فترة الحروى قبل سن ١٨ سنة.

وبذلك نلاحظ أن التعريفات الطية جميعها تركز على ضرورة وجود ثلاثة شروط نمى بمثابة محكات ضرورية لتشخيص الطفل على أنه متخلف عقلياً. وتتمثل تلك الشروط فى وجود قصور فى أدائه الوظيفى العقلى، وفى سلوكه التكنيى وما يرتبط به من مهارات، وأن يحدث ذلك خلال فترة النمو. وإضافة إلى ذلك فهى تركز أيضاً على تلك الأسباب التى يمكن أن تودى إلى حدوث التخلف العقلى. ومن هذا المنطلق يتضح أن هذه الحالة تودى إلى تبدى مستوى القفزة العقلة العامة للطفل. كما تحول دون قدرته على القيام بمهارات الحياة اليومية بصورة تاتل أقرانه فى مثل عمره الرمى وفى جماعته الثقافية.

#### (٤) التخلف العقلى من المنظور الاجتماعى :

أما من المنظور الاجتماعى فيتم تعريفه فى ضوء الكفاءة الاجتماعية للطفل النحيف عقلياً حيث يعد غير كفء اجتماعياً ومهياً ودون نظمه المسوى فى العسرة العقلية والاجتماعية، وعادة ما تبدأ تلك الإعاقة منذ الميلاد أو فى سن مسكرة من نمو وخصمر كذلك حتى مرحلة الرشد. وهى حالة غير قابلة للشفاء التام؛ وتنسم بقصور واضح فى الأداء السلوكى الوظيفى. ويعتمد هذا المنظور على استخدام مقاييس الاجتماعية المختلفة التى تعمل على قياس مدى تكيف الفرد مع المجتمع وقدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية للتوقع من أقرانه فى مثل سبه وفى جماعته الثقافية.

وإن كسبان السلوك التكنيى يعرف بأنه درجة الفاعلية التى يمتن بها الفرد عابته الذاتية، ويستجيب بها لمسؤولياته الاجتماعية للتوقع منه وفقاً لمره الزمى، ونوع وبيعة الجماعة التى يمتى إليها فإنه يتم بناء على ذلك كما يشو عبدالله بن الشخص

(١٩٩٧) تصنيف الأطفال للتخلف عقلياً بعد تطبيق مقاييس للضعف اللاحق عي،  
والسيرة التكيفي عليهم وذلك إلى أربع فئات على أساس درجة كل فئة في مفاير  
السوك التكيفي كالتالي :

١- فئة التخلف العقلي البسيطه وتنحصر سب التكيف لأفرادها بين  
٨٤-٧١.

٢- فئة التخلف العقلي المتوسط، وتنحصر سب التكيف لأفرادها بين  
٥٨-٧٠.

٣- فئة التخلف العقلي الشديد، وتنحصر سب التكيف لأفرادها بين  
٤٥-٥٧.

٤- فئة التخلف العقلي الخاد أو الشديد جداً، وتكون نسب التكيف لأفرادها ٤٤  
فأقل.

## ( ٢ ) التخلف العقلي من المنظور الميكومتري :

بصوم التطور الميكومتري في تحديد مفهوم التخلف العقلي على استخدام نسبة  
الذكاء التي يحصل إليها الطفل وبحققها وذلك بعد تطبيق أحد مقاييس الذكاء لمرسية  
الأطفال عليه بحيث تقل نسبة ذكاءه عن ٧٠ ، أي تقل عن المتوسط بمقدار إحصائي  
معين على الأقل . ومن أكثر المقاييس التي يتم استخدامها شيوعاً مقاييس وكسر  
Wechsler لذكاء الأطفال، ومقياس ستانفورد- بينيه Stanford- Binet ويكون  
متوسط الدرجات لكلهما ١٠٠ في حين يكون الانحراف المعياري على لأول ١٥  
وعلى الثاني ١٦ فيكون الانحراف المعياريان ٣٠ تقريباً، وبعد طرحها من مائة يصبح  
النتائج ٧٠ ووفقاً لما ورد في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي  
للمررض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية  
لطب النفسي (١٩٩٤) APA فإن هناك أربع فئات للتخلف العقلي بناء على نسبة  
الذكاء التي يحصل الطفل عليها وذلك كالتالي :

- ١- التخلف العقلي البسيط: mild ويضم ٨٥ % تقريباً من الأطفال المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة ذكاء الأطفال فيه بين ٥٠ - ٥٥ إلى أقل من ٧٠ .
- ٢- التخلف العقلي المتوسط: moderate ويضم حوالي ١٠ % تقريباً من الأطفال المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٣٥ - ٤٠ إلى ٥٠ - ٥٥ .
- ٣- التخلف العقلي الشديد: severe ويضم حوالي ٣ - ٤ % تقريباً من إجمالي عدد الأطفال المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٢٠ - ٢٥ إلى ٣٥ - ٤٠ .
- ٤- التخلف العقلي الحاد أو الشديد جداً: profound ويضم حوالي ٢ - ٣ % تقريباً من إجمالي الأطفال للمتخلفين عقلياً، وتكون نسبة الذكاء فيه ٢٠ - ٢٥ وأقل .

#### (٤) التخلف العقلي من الناحية التربوية :-

يسمى المتطور التربوي على قدرة هذا الطفل على التعلم والتي تعد بمثابة لمعار في هذا الصدد حيث يعتبر الطفل المتخلف عقلياً غير قادر على التعلم أو الحصول على تعليم ، كلاً ما يخضع أدائه لسلوكي بشكل واضح في العمليات العقلية نتيجة لانخفاض نسبة ذكائه ، ويصاحب ذلك قصور في سلوكه التكيفي . ويضم التخلف العقلي من هذا المنظور ثلاث فئات يمكن أن نعرض لها كما يلي .

- ١- القابلون للتعلم : educable وتكون لدى الفرد بعض القدرات الأكاديمية التي تساعد على التحصيل حتى مستوى الصف الخامس فقط .
- ٢- القابلون للتدريب : trainable وتكون لدى الطفل قدرات أكاديمية أقل توجهه حتى مستوى الصف الأول فقط ، ويمكن تدريب الطفل على القيام ببعض المهام البسيطة .

٣ . يعتمدون: custodial وهم أولئك الذين نقل نسب ذكائهم عن ٢٥ ،  
ويعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم طوال حياتهم .

وسنلاحظ أن كل منظور يركز على وجود انخفاض واضح في القدرة العقلية العامة للطفل إلى جانب وجود قصور مصاحب في سلوكه التكيفي يحدث خلال مرحلة النمو والتي منوذج أها تمتد حتى من الثامنة عشر، أي أن تلك الشرط الثلاثة التي أشرنا إليها من قبل ينبغي أن تنطبق تماماً على الطفل حتى مع اختلاف المعيار المستخدم، أو المنظور الذي نحكم على الطفل من خلاله وفي ضوءه . وبذلك فإن الاكتفاء بمقياس الذكاء فقط في التشخيص كما يحدث عندنا في مصر لا يمكن مطلقاً أن يكون صحيحاً حيث لا يد من تطبيق مقياس للسلوك التكيفي أيضاً .

ويشير سعيد الحزة (٢٠٠٦) أن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR قد وصفت في تعريفها للتخلف العقلي أن ذكاء الفرد للتخلف عقلياً يكون أقل من تسوية ولا يضارع أبناء عمره في أدائه العقلي، كما أنه يقل عن أقرانه أيضاً في بعض المهارات الأساسية التي ترتبط بشكل عام بمرحلة الطفولة والمراهقة المبكرة . من هذه المهارات الحيو، والمشي، والكلام، والتحكم في الإخراج، ومشاركة الآخرين في بعض العمر المناسب لهم ومهامهم المختلفة بمستوى مقبول كما تكون قدرته على الاستقلالية، والمحافظة على ذاته في بيئته، وقدرته على التكيف، وإقامة علاقات اجتماعية محدودة بدرجة كبيرة مما يشير إلى وجود قصور في أدائه التكيفي يحدث خلال مرحلة النمو أي بداية من الميلاد وحتى الثامنة عشرة من عمره . ومن هذا المنطلق أشار جروسمان Grossman مد صبعينيات القرن الماضي إلى أن الإعاقة العقلية تدل على انخفاض مستوى الأداء الوظيفي العقلي العام للطفل عن المتوسط المنخفض دلاً بكون مرتبطاً خلال في سلوكه التكيفي ، وتظهر آثاره خلال مرحلة النمو . ويمكن أن ينقص أو النقص في السلوك التكيفي في الحالات التالية :

أ - تطور المهارات الحس حركية .

ب - تطور مهارات اللغة والتواصل .

ج - تطور مهارات العناية بالذات .

د - تطور مهارات التفاعل مع الآخرين .

ومن الجدير بالذكر أن هذا التحلل في المجالات سألته الذكر يكون سائداً خلال مرحلة الطفولة المبكرة ، أما خلال ما تبقى من مرحلة الطفولة إضافة إلى مرحلة المراهقة فسلحظ أن التحلل يكون سائداً في مجالات أخرى تتمثل في تطبيق ما تعلمه الفرد على مختلف الأنشطة الحياتية ، والاستفادة من العقل والخطي في السيطرة على البيئة ، والأنشطة والمهارات الاجتماعية والعلاقات بين الشخصية والبيئة الاجتماعية والمهنية .

ويجوز وجود انحراف عن مظهر النمو العادية من ملحوظات التخلل على أحسن وحسب الخصائص في ~~التطور المعرفي~~ <sup>التطور المعرفي</sup> ~~العقلية~~ <sup>العقلية</sup> ~~الطفل~~ <sup>الطفل</sup> . ولا ينبغي علينا أن هذا ، خصائص معينة للتخلل العقلية يمكن اكتشافه بعضها منذ ميلاد الطفل ، أما بعضها الآخر فيتم اكتشافه عليه مع نمو الطفل . مجالات مرحلة الطفولة ، وعند التحاقه بالمدرسة وذلك نظرًا لأنها تصدر عن خصائص لا تحفظها العين مثل استسقاء الدماغ ، أو كبر الدماغ ، أو هيكل الدماغ تعد جميعها بمثابة أدلة واضحة على التخلل العقلي . ومع ذلك فهناك مجالات أخرى عديدة لا يتم التعرف عليها إلا من خلال العديد من الفحوص الطبية والأشعة ورسم المخ والأشعة المقطعية وتحليل الدم والبول وما إلى ذلك .

### خصائص الأطفال للتخلل عقلياً

تشير أبحاث المعطية (١٩٩٥) إلى أن التخلل العقلي يترك آثاراً سلبية تنعكس بشكل مباشر على مختلف مظاهر سلوك الطفل وذلك بدرجات وسب متفاوتة ، فهي تنعكس على أدائه في القدرات العقلية والمعرفية ، وتنعكس كذلك على قدرته على

التكيف الاجتماعي ، وعلى اثراته الإيجابي ، وعلى سمات شخصيته ككل ومن هذا المنطلق يرى أنه بشكل عام هناك العديد من الخصائص التي يتسم بها الأخصائي النفسي والتي تعد من الأدلة التي يمكن الرجوع إليها عند التعرف على حالة ونشخصها . وبأى في مقدمة تلك السمات قدرة الطفل المخلوذة على القيام بما يلي :

- أ - تكوين المفاهيم المجردة .
- ب - أداء العمليات العقلية العليا .
- ج - التركيز .
- د - اتخاذ الحيلة والحذر .
- هـ - استيعاب العلاقة بين الأهداف والوسائل التي يمكن تحقيقها بمقتضاها
- و - العناية بالنفس .
- ز - تكوين صداقات وعلاقات بين شخصية
- ح - العيش مستعلاً عن الآخرين .
- ط - ممارسة أى عمل نافع .
- ي - الاستفادة من برامج التدريب التي يتم تقديمها لهم .
- ك - الانسجام بالقيم والمبادئ والتقاليد التي يأتى بها الأطفال في نفس العصر
- الزمين والجماعة الثقافية .

وإذا ما تناولنا ذلك بشيء من التفصيل فسوف نجد أن الأطفال ، المتخلفين عقلياً ، يشمون فيما يتعلق بمفهوم الجسم بتأخر معدل النمو عادة ، وصغر حجم أجسامهم ، وقلة أوزانهم وأطوالهم عن العادي ، وصغر حجم الدماغ أو كثره مع ظهور تشوهات أحياناً في شكل الجسمة والمين والفم والأطراف ، وبالسمة لموهم

أخر كسى فهو يتأخر أيضاً ، كما يسمون بعدم الاتزان الحركى والتأخر فى استخدام للهبرات الحسركة للعضلات الصغيرة أو الدقيقة ، ومن الناحية العنبرية ملاحظ أنهم يتسمون بصعف قدرتهم على التكيف ، وتقص للميل والاعتمادات ، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية إلى جانب ضعف القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين ، والانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية وإن كانوا يجهون إلى مشاركة الأطفال الأصغر منهم سناً فى الممارسات الاجتماعية المختلفة ، كذلك فهم اندفعيون ، ويتشتت تفكيرهم بسرعة ، ومدى اتجاههم قصير ، كما أنهم أيضاً يتسمون بضعف مهاراتهم الاجتماعية وهو ما ينفعهم إلى السلوك العدوانى سواء كان عدواناً عنى للغير أو ليلاء للذات والذى يحدده ديس ( ١٩٩٨ ) فى أربعة أبعاد على النحو التالى

- أ - السلوك العدوانى للصريح: ويتمثل فى جذب ملابس الزملاء ، وانعص. وحذب الشعر ، والتعريب ، واليق ، والصر ، وتطويع الأشياء
- ب - السلوك العدوانى العام ( اللفظى وغير اللفظى ) : ويتمثل فى التسم ، ومعصاة الزملاء ، والتعرض لهم ، واستخدام الألفاظ النابية والبدنية .
- ج - السلوك الفوضوي: ويتمثل فى الدخول للفصل والمخرج منه دون استدس ، والمياع بالشوشرة ، ورمى الأوراق على الأرض دون وضعه فى سة انهمالات .
- د - عدم القدرة على ضبط الذات والتحكم فى الانفعالات: ويتمثل فى الانتقام ، وعدم القدرة على التحكم فى السلوك عند الاستثارة ، ورمى أى شيء أمامه عند الغضب .

وقسيما يتعلق بموهم العنلى فيلهم يتسمون بتأخر واضح فى مستوى نموهم هذا ، وتسم نسبة ذكائهم عن ٧٠ وذلك على أحد مقاييس الذكاء العردية للأطفال ، وتأخر نموهم العنوى مع قدرتهم أحياناً على استخدام ما لديهم من حصنة لغوية فى



مساكنات اجتماعية مختلفة، كذلك فإنهم يجمعون بوجود قصور في العديد من العقيدة الأخرى كالتواضع، والانتباه، والإدراك، والتخيل، والتفكير، والقدرة على الفهم والتركيز، والذاكرة مما يؤدي إلى حدوث قصور في التحصيل الدراسي، ونقص في المفردات، والخبرة، وقصور في انتقال أثر التدريب. أما من الناحية الانفعالية فيتميز هؤلاء الأطفال بعدم الاتزان الانفعالي، وعدم الاستقرار أو الهدوء، وسرعة التأثر، وبسطه الانفعالات، وقصور في ردود أفعالهم الانفعالية حيث تعد أقرب إلى المستوى البدائي إصافة إلى أنهم يعانون أقل قدرة على تحمل الفشل والإحباط. بينما يجمعهم من الناحية الاجتماعية غير قادرين على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين، ويؤثرون الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، كما أنهم يميلون دائماً إلى مشاركة الأطفال الأصغر منهم سنّاً في مختلف الممارسات الاجتماعية التي تنصّبهم بمواقف الاجتماعية المختلفة. ومن ناحية أخرى فإن قصور المهارات التي تتعلق بمسئوليتهم التكيفية يجعلهم غير قادرين على التكيف مع المواقف المختلفة، أو البيئة الضيقة، أو التوافق مع البيئة الاجتماعية التي يشيرون فيها. كما أن ميولهم وانتمائهم عادة ما تكون محدودة، ويبدون لامبالاة اجتماعية، وعدم اهتمام بالآخرين، ويشكك عام دأباً بهم غير قادرين على تحمل أي مسؤولية يمكن إسنادها إليهم.

هذا ويمكن أن تناول مثل هذه الخصائص بشيء من التفصيل وذلك على النحو الذي نقوم من خلاله بالتعرض لكل جانب من جوانب النمو أو جوانب الشخصية كما يلي :

### (١) الخصائص الجسمية والحركية :

من الجدير بالذكر أنه لا توجد خصائص جسمية معينة تميز حالات التخلف العقلي البسيط عن أقرانهم العاديين حيث نلاحظ أن الأطفال التخلفين عقلياً يشبهون أقرانهم العاديين - إلى حد ما - في الوزن، والطول، والحركة، والصحة العامة، والنوع الجنسي، وغيرها . وعلى هذا الأسس فإننا عادة لا نعتمد على الخصائص الجسمية في تشخيص التخلف العقلي وذلك للعديد من الأسباب يأتي في مقدمتها ما يلي :

- أ - أن المروق بين معظم حالات التخلف العقلي وأقرانهم العاديين قسبة .  
 ب - أن مثل هذه المروق لا تميز بين المختلف وغير المختلف بشكل قاطع .  
 ج - أن حالات التخلف العقلي تمر جسمياً في الطفولة مثل العاديين تقريباً .  
 د - أن علامات الميول تظهر عليهم خلال مرحلة المراهقة كأقرانهم العاديين .  
 هـ - عادة ما يكتمل نمو العضلات، والعظام، والطول، والوزن، والجنس من جانبهم في حوالي سن الثامنة عشر كأقرانهم العاديين .

و - أنهم يصلون إلى النضج الجسمي في نفس الوقت الذي يحدث فيه نفس الشيء تقريباً لدى أقرانهم العاديين .

ر - على الرغم من ذلك فإن حالات التخلف البعطي المتوسط، والشديد، وحاد  
 عادة ما يتأخر لديها النمو الجسمي والحركي، وقد يتوقف عند مستوى أقل بكثير مما يصل إليه العاديون .

وبذهية الخلل (٢٩٩٢) إلى أن الأطفال للتخلف عقلياً يعانون فيما يتعلق بالمهارات الحركية من مشكلات حركية مختلفة قواماً بأقرانهم العاديين حيث أنهم يعانون من قصور واضح في مهاراتهم الحركية سواء الكبيرة أو الدقيقة . وإن حسب ذلك فإن يرى أنه كلما زادت درجة تخلفهم العقلي زادت بالتالي معاناتهم الحركية بشكل دال حيث نجد أنهم آنذاك يتسمون بعدد غير قليل من السمات تأتي السمات التالية في مقدمتها :

- ١ - المعاناة من صعوبات حركية كثيرة .
- ٢ - قصور واضح في الوظائف الحركية المختلفة، ومنها ما يلي :  
 أ - التوافق العضلي العصبي .  
 ب - التآزر البصري الحركي .  
 ج - التحكم والتوجيه الحركي .

- ٣- صعوبة استخدام العضلات الدقيقة من جانبهم.
- ٤- يعلب عليهم البطء والتأخر وعدم الانتظام في الخطوات أثناء المشي.
- ٥- يصعب عليهم السير في عطف مستقيم.
- ٦- عادة ما يصيبهم التعب والإجهاد والإعياء بسرعة ولأقل مجهود.
- ٧- يصابون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المختلفة قياساً بأقرانهم العاديين.
- ٨- يصابون أكثر عرضة للإصابة بالإعاقات الحسية المختلفة.

#### (٢) الخصائص العقلية للمعاقين :

منذ العديد من الخصائص التي تميز الأطفال المتخلفين عقلياً عن غيرهم من الأطفال  
 وفي مقدمتهم أقرانهم العاديين، وهو الأمر الذي يمكن أن نعرض له كما يلي :

##### أ - بطء معدل نموهم العقلي :

إذا كان الطفل العادي ينمو بمعدل سنة عقلية واحدة كل سنة زمنية من عمره فإن  
 المتخلف يختلف عقلياً ينمو بمعدل أبطأ من ذلك إذ ينمو بمعدل يفتر بسنة شهرياً  
 عقلية أو أقل كل سنة زمنية، كما أن أقصى عمر عقلي يمكن للطفل المتخلف عقلياً أن  
 يصل إليه وذلك عندما يبلغ الثامنة عشرة من عمره لم يتجاوز مستوى النمو العقلي  
 لعمر عادي في المباشرة أو الحادية عشرة من عمره، وربما أقل من ذلك، وقد كانت  
 عضوية النمو العقلي تظهر عند الأفراد العاديين في المرحلة العمرية التي تتراوح بين ١٦-  
 ١٨ سنة فيلسا تظهر لدى حالات التخلف العقلي البسيط في المرحلة العمرية من  
 تتراوح بين من العاشرة والحادية عشرة، وإضافة إلى ذلك فإن أقصى مرحلة عمر  
 عقلي يصل إليها الفرد المتخلف عقلياً من المستوى المتوسط إليها نرازي السابعة من العمر  
 تقريباً بالنسبة لأقرانه العاديين، أما الأفراد المتخلفين عقلياً من المستوى الشديد والشديد  
 جداً فلا يتجاوز نموهم العقلي الثالثة من العمر وذلك عند مقارنتهم بأقرانهم  
 عاديين.

## ب- قصور الانتباه والإدراك :

يعاني الأطفال المصابون عقلياً من عدم قدرتهم على الانتباه للمثيرات المختلفة، وعلم قدرتهم على التركيز فيها لفترة طويلة حيث تشتت انتباههم بسهولة نتيجة لدهليتهم العالية للتشتت وذلك لأي مثير حتى وإن كان عثيراً دحلياً، كما أنهم يسمعون بقصر مدى انتباههم، وتزداد تلك السمات تدنياً مع زيادة درجة التخلف العقلي، وإلى جانب ذلك فإنهم يسمعون بضعف مثيرهم في المواقف التعليمية، لمختصة، ولا يكون بإمكانهم تحديد تلك الأبعاد المرتبطة بالمهمة المستهدفة، أو تحديد المتغيرات التي ترتبط بها كذلك فإنهم يحسون بقصور الإدراك من جانبهم سواء الإدراك سمعي، أو البصري، أو إدراك الخصائص المختلفة للميرة للأشياء كالأشكال، والألوان، والأحجام، والأوزان إلى جانب عدم قدرتهم على إدراك وفهم المواقف المختلفة التي يتعرضون لها، وما يمكن أن نصحه مثل هذه المواقف ونصحه من مشكلات متعددة.

## ج- قصور الذاكرة :

يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبة واضحة وقصور كمي وكيفي في عمله لجهير المعلومات، ويعانون بحفظ المعلومات والخبرات المختلفة في الذاكرة الحسية بعد جهد كبير في تعلمون، ويحسون ما يكونوا قد تعلموه بسرعة، ويعمل مثل هذه المستوى من الذاكرة على حفظ للمعلومات والخبرات لمدة قصيرة فقط، ولا يقوم بتقريب المستويات الأخرى التي تؤكد على حفظها لفترات طويلة، ومن ثم فإنهم يعانون من قصور كبير في ذاكرتهم قصيرة المدى ترجع في الغالب إلى عيوب في أساليب التعلم والتكرار من جانبهم، ومع ذلك فإن التدخلات المختلفة من جانبنا يمكن بلا شك أن تؤدي إلى حدوث بعض التحسن في تلك الذاكرة وذلك بالرغم من أن ذلك لنحسر يكون محدوداً، وحتى يمكننا أن نتغلب على جانب من هذا القصور ينبغي أن ننحأ إلى التكرار المتداهم والكثير لما نقوم بتعليمه لهم، وإلى جانب ذلك هناك قصور أيضاً في

ذاكرهم طريقة اللى، ولكه يكون أقل بكثير من ذلك القصور في ذاكرهم قصور  
أمدى .

### د- قصور التفكير :

إذا كان التفكير يعنى بساطة إعادة تنظيم وهيكله تلك المعلومات والخبرات اللى  
يكون قد سبق للفرد المرور بها وتعلمها، ثم التوصل من خلال ذلك إلى حلول مناسبة  
للمشكلة اللى تواجهه في هذا الموقف أو ذاك، وأن أهم ما يميزه هو تطوره مع زيادة  
عمر الفرد فبأن تفكير الطفل المتخلف عقلياً لا يمر بمراحل مماثلة بل بمراحل  
منخفضة مما يجعله لا يتجاوز المرحلة المادية المحسوسة أو العيانية concrete كما  
يسمى بياجيه Piaget وهو ما يعنى أن الفرد المتخلف عقلياً يمان بانث من قصور في  
استفكره حيث لا يكون تفكيره على مستوى المواقف أو الأحداث اللى يمر به  
ويرجعها، كما يكون بسيطاً وسطحياً، ويعكس في قدرته العقلية بعمامة اللى نسم  
بافقصور . وقد يرجع قصور التفكير لدى هؤلاء الأفراد إلى العديد من الأسباب من  
أهمها ما يلى :

١- قصور الذاكرة .

٢- ضعف القدرة على اكتساب المفاهيم المختلفة .

٣- قصور تكوين الصور الذهنية الشبابة .

٤- ضعف الحصول للموى وصالحه .

٥- قصور في تجهيز المعلومات .

هـ- قصور التعميم وانتقال أثر التعليم أو التدريب :

تواجه الطفل المتخلف عقلياً صعوبات حجة في سبل القيام بالتعميم، أو نقل أثر ما  
تعلمه في موقف ما، أو ما تدرب عليه في ذلك الموقف إلى مواقف أخرى مشابهة، أو  
القيام بتعميم ما ساد في موقف معين على غيره من المواقف المشابهة . ومن الأكثر  
احتمالاً أن مثل هذا الأمر إنما يرجع إلى الأسباب التالية :

١- تصور من يجابه في اكتشاف أوجه الشبه والاختلاف بين الخبرات و المواقف المختلفة.

٢- عدم قدرته على إدراك أوجه الشبه والاختلاف تلك.

٣- تصور في قدرته على إدراك العلاقة بين المواقف المختلفة.

٤- تصور في قدرته على التكيف في الحلول المناسبة للمشكلات والمواقف المختلفة.

٥- عدم قدرته على تذكر ما مر به من خبرات في المواقف المشابهة منذ فترة قريبة.

وينبغي في سبيل مساعدة هذا الطفل على أن يتغلب ولو جزئياً على هذه مشكلة أن نقوم بعدد من الإجراءات ذات الأهمية في هذا الصدد من أهمها ما يلي:

١- الاعتماد على الأنشطة المختلفة.

٢- الاهتمام بتفهم مهام متعددة للطفل.

٣- تشجيع اللهاج والأنشطة التي يتم تقديمها له.

٤- تعدد الأماكن التي نقوم بتعليمه فيها.

٥- الاهتمام بالكرار المستمر للمهمة والنشاط والمحوه ككل.

و- قصور المهارات الأكاديمية الوظيفية :

يسواجه الطفل التحدي عقلياً صعوبات ومشكلات متعددة في المهارات الأكاديمية المختلفة كالقراءة، والكتابة، وإجراء العمليات الحسابية المختلفة، وقد يرجع ذلك إلى جملة من الأسباب في مقدمتها ما يلي :

١- ضعف القدرة على التفهم بصفة عامة.

٢- قصور في بعض القدرات التوجيهية.

٣- قصور في جوانب النمو العقلي.

٤ - صعب القدرة على القيام بالعمليات العقلية المعقدة المصنفة من «تساه» و«دراك» وتذكر، وما إلى ذلك.

وعلى الرغم من ذلك يمكن باتباع أساليب تدريس معينة، والتدريب على الأنشطة المتخصصة، والمجوء إلى الاستراتيجيات التعويضية أن تسهم في تحسين مهاراتهم الأكاديمية.

## (٢) الخصائص اللغوية :

تعتبر المشكلات اللغوية من أهم المشكلات التي ترتبط بالتخلف العقلي وتصحح هذه كما أنها تزداد في الدرجة مع زيادة مستوى التخلف العقلي، وعلى ذلك فإن التخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة كما يذهب القريظي (٢٠٠١) يصلون إلى مستوى متفوق من الأداء اللغوي وذلك على الرغم من أنهم يتأخرون في التعلق، بينما يعانون دوماً لخلف العقلي المتوسط من مشكلات وصعوبات لغوية معقدة من أهمها ما يلي

أ - البطء للمحوظ في النمو اللغوي.

ب - التأخر في اللفظ.

ج - التأخر في اكتساب قواعد القواعد.

د - ضالة المفردات اللغوية وبساطتها.

هـ - بساطة التراكيب اللغوية وبساطتها.

و - تدني مستوى الأداء اللغوي.

ومن ناحية أخرى يشر الشخص (١٩٩٧) إلى أن اضطرابات العجز، معقدة من إسمايل، وتحريف، وحذف، وإضافة تنشر بين هؤلاء الأطفال، كما تشيع أيضاً اضطرابات الصوت بهم، ومن أهمها ما يلي

أ - أن يصر الصوت على وتوة واحدة.

ب- أن يتعمق بالمعقدة .

ج- أن يكون الصوت مرعباً وغير سار للتي الكثيرين منهم .

والى حسب ذلك فإن اضطرابات النطق والكلام ترتبط كمّاً وكيفاً بدرجة لتخلف العقلي حيث تقل في حالة التخلف العقلي البسيط، وتزداد مع زيادة مستوى التخلف من المتوسط إلى الشديد، ثم تصطبب تماماً في حالة التخلف العقلي الشديد جداً أي بالحد

#### (4) الخصائص الانفعالية :

هناك العديد من الخصائص الانفعالية التي تميز الأطفال المتخلفين عقلياً، وترداد حدوثها مع زيادة درجة أو مستوى التخلف العقلي . ومن أهم هذه الخصائص ما يلي :

#### أ- عدم الثبات الانفعالي : emotional instability

من المميز بالذكر أنه يمكن تصنيف الأطفال المتخلفين عقلياً في هذا . لإصدار إلى فئتين كما يرى كمال مرسى (١٩٩٩) تتمثل أولاهما في تلك الفئة التي تعتبر مسررة ، معالٍ إلى حد ما، والتي تبدو معاونة ومطمئنة ولا تؤذي أحداً، أما الفئة الناجية فهي تلك الفئة غير المستقرة انفعالياً التي تتسم بكثرة الحركة، وعدم الاستقرار في مشاعرهم، والثورة والغضب لأسباب بسيطة، كما أنها تكون متقلبة المزاج حيث يكون هادئة أحياناً، بينما تكون شرسة في أحيان أخرى، ويمكن أن تؤذي نفسها أو غيرها . كتب أن هناك العديد من السمات التي يتسم بها أولئك الأطفال المتخلفون عقلياً والتي تعكس عدم ثباتهم الانفعالي ، ويشير القريظلي (٢٠٠١) إلى أن هناك العديد من هذه السمات المميزة لهم والتي تعد السمات التالية في مقدمتها :

١- عادة ما تكون انفعالات أولئك الأطفال غير ثابتة .

٢- تعد انفعالاتهم مضطربة .

٣- تتغير انفعالاتهم تلك من وقت إلى آخر .



٤ - يميلون إلى البك والافتعال .

٥ - يدون التلامذة فيظهرون غير مباليين بما حولهم ومن حولهم .

٦ - عدم الاكتراث بما يدور حولهم .

٧ - يتسمون بالانطوائية .

٨ - عدم التحكم في الانفعالات .

ب- اضطراب مفهوم الذات self- concept disorder

من الأمور التي شهدت جدلاً سابقاً والتي باتت شبه مؤكدة أن إدراك الأهل والمستعنفين عقلياً لدولتهم يكون سلباً إذ يكون مفهومهم لدوائهم شيئاً نتيجة بعدد من الأسباب يوردها كمال مرسى (١٩٩٩) فيما يلي :

١ - تعرضهم للكثير لخبرات القشل والإحباط سواء في المنزل أو مدرسة أو في المجتمع بصفة عامة .

٢ - الشعور بعدم الكفاية .

٣ - الشعور بالثومة .

٤ - عدم الرضا عن الذات .

٥ - الاعتماد على الآخرين .

٦ - الاستعداد للقلق ( نتيجة لشعورهم بالثونية ) .

٧ - السلوك العنواني .

٨ - سوء التوافق .

٩ - عدم الثقة خاصة في مذهبهم لدوائهم .

١٠ - عدم ثبات تقديرهم لدولتهم .

## جـ- الانسحاب الاجتماعي : social withdrawal

يشعر الطفل للتخلف عقلياً بالخوف من الجماعة، ولا يشعر بالأمن بينها، وبالتالي فإنه يميل إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية التي تربطه بأعضائها، ويميل إلى العزلة، ويشعر بالتدنية قياساً بأقرانه العاديين، ويتوقع الفشل، وتضعف ثقته بنفسه، ويقتصر الإحباط، ويتقلب مزاجه، ويعاني من الاضطرابات الانفعالية، وكنه أمور تدفعه إلى التحرك بعيداً عن الجماعة لو استمر ذلك المصطبح الذي قدمته كارل هورني Horney ويقوم بدلاً من ذلك بالإقبال على أو التحرك نحو الأطفال الأصغر منه سنّاً، ويتخذ منهم أصدقاء، ويلعب معهم وذلك بدلاً من هم في مثل سنه.

## د- العدوان : aggression

يتشعر المملوك العدوان بين هؤلاء الأفراد بالدرجة كبيرة قياساً بأقرانهم العاديين، ويرداد برودة درجة أو مستوى التخلف العقلي، ويرجع إلى عظم شعوره بالأمن أو لاستمراره، وتعرضهم لخبرات مؤلمة ومهبط في تفاعلهم مع الآخرين من حزمهم ومن أمور أشكال العدوان التي يلجأ إليها ما يلي :

١- علم البطاعة .

٢- الهجوم البدني .

٣- العدوان اللفظي .

٤- تدمير الممتلكات .

٥- إعاقة الآخرين .

٦- إيذاء الذات .

وقد أشرنا إلى ذلك من قبل وذلك بشيء من التفصيل .

## (٥) الخصائص الاجتماعية :

لا يتركز النظر إلى الخصائص الاجتماعية لأولئك الأطفال بمحور عن خصائصهم الشخصية، والعقلية، والفرعية، والفرعية، والاتصالية حيث إن هناك علاقة وثيقة بين الخصائص الاجتماعية وبين تلك الخصائص فردية وجماعية، ومن ثم فإن «قدرة المحفظة لمولاء الأفراد على التكيف الاجتماعي إنما تعد نتاجاً لتلك الخصائص، وبما لا شك فيه أن العديد من الأبعاد المرتبطة بالتدخل العقلي مثل في أسسها مشكلة اجتماعية حيث تؤدي القدرة الفعلية المحدودة للطفل المتدخل عقلياً به إلى قصور في قدرته على التكيف الاجتماعي، وتعمله أقل قدرة على التصرف في مواقف الاجتماعية، كما قد تدفع به إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية».

ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميزة للأفراد المتخلفين عقلياً ما يلي :

- ١- قصور في الكفاءة الاجتماعية .
- ٢- عجز عن التكيف مع تلك البيئة التي يعيشون فيها .
- ٣- صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين .
- ٤- قصور في القدرة على التواصل .
- ٥- مدى مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي .
- ٦- عدم القدرة على المبادرة بالحدث مع الآخرين .
- ٧- قصور في المهارات الاجتماعية .
- ٨- صعوبة تكوين علاقات وصداقات مع الآخرين .
- ٩- صعوبة في القدرة على التعلق بالآخرين والالتصاء إليهم .
- ١٠- لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع من هم في مثل صرحهم .
- ١١- ميل إلى مشاركة من يصغرونهم ساً في أي محاسن اجتماعية .

١٢- صعوبة الحفاظ على تلك العلاقات التي تكون قد تكونت لأي سبب .

١٣ -عدم القدرة على فهم وإدراك القواعد والمعايير الاجتماعية .

١٤- قصور في مهارات العناية بالذات .

١٥- قصور في المهارات اللازمة لأداء مختلف أنشطة الحياة اليومية .

### تشخيص وتقييم التخلف العقلي :

تعرّف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ( ١٩٩٤ ) American Association on Mental Retardation AAMR التخلف العقلي بأنه حالة عامة من الأداء الوظيفي المنخفض دون المتوسط ، وأن هذا النقص في الأداء هو نقص دال إحصائياً حيث تبلغ نسبة ذكاء الطفل ٧٠ أو أقل على أحد مقياسي الذكاء القويدي للأطفال ، ويتزامن هذا النقص مع بعض أوجه العصور الثلاثة في السلوك التكيفي من جانب الطفل . ويتميز السلوك التكيفي adaptive behavior بخاتبة كفاءة الفرد في الكيف للاحتياجات الحادية والاجتماعية لبيئته . وقد يكون القصور في السلوك التكيفي في عدة نواحي مثل ؛ الفصح ، والقدرة على التعلم ، والتكيف الاجتماعي . وبالتالي فإنه يعكس على مهارات العناية بالذات حيث تدل عليه ( كالفقدان علي أن يرتدى الصل ملاسه بعض بشكل مناسب ، وأن يعمل بمهنة بسيطة على سبيل المثال ) وهو ما يجعلها ضرورية لظفر ، بل إنه يعد في حاجة ماسة إليها كي يتمكن من أن يحيا بشكل مستقل . وعلى هذا الأساس فإن الطفل يجب أن يتوفر فيه أو يطبق عليه عدد من الشروط كي نضرة متعلقاً عقلياً ، وبمكس إجمال تلك الشروط فيما يلي :

١ - أن يكون أدلاؤه الوظيفي العقلي دون المتوسط وذلك بشكل دال .

٢ - أن يكون في الوقت ذاته غير قادر على أن يعتني بنفسه أو يحيا بشكل مستقل بمعنى أن يمان من قصور في سلوكه التكيفي .

٣ - أن يحدث ذلك خلال سنوات النمو بالنسبة للفرد بمعنى أن يحدث ذلك قبل أن يبلغ الفرد الثامنة عشرة من عمره ، أما إذا انحدر مستوى الأداء الوظيفي العقلي

لمجرد إلى المستوى دون المتوسط لأول مرة في حياته وذلك في وقت ما بعد أن يكبرن عند تجاوز الثامنة عشرة ولم يستطعن أن يتكيف بشكل مستقل أو يعوضن بذايتهن لأن الأمر هنا لا يمكن بأي حال من الأحوال أن يعبره تخلفاً عقلياً لأنه بذلك يكون قد تجاوز أحد الشروط الضرورية للتخلف العقلي وهو حدونه قبل بلوغ الفرد الثامنة عشرة من عمره .

ومن هذا المنطلق يتطلب التخلف العقلي حدوث أوجه قصور في جانبين أساسيين هم الأداء الوظيفي العقلي والأداء التكيفي للطفل . وإذا كان الأمر كذلك فإن تشخيص التخلف العقلي لا يجب بالضرورة أن يتطلب مقياساً واحداً للتعرف عليه كأن نعوم مثلاً كما يحدث في كثير من الأحيان بتطبيق مقاييس الذكاء على الطفل وإذا وجدنا أن نسبة ذكائه دون المتوسط نقوم بتشخيصه للخلافة على أنها تخلف عمى حيث أنه إذا ما حدث ذلك فإننا نكون محظين بالفعل لأن نسبة الذكاء المحمصة في حد ذاتها لا يجب بالضرورة أن تكون معياراً صادقاً للتخلف العقلي وإن كان من شرطاً ضرورياً لتشخيص الطفل كذلك . وفي مثل هذه الحالة يجب علينا أن نحاذر ذلك أن نقوم بتطبيق أحد مقاييس السلوك التكيفي ، ونؤكد من أن الطفل غير قادر على أن يعنى بذاته . ويرى بعض المتخصصين في هذا المجال أن نقوم أولاً بتطبيق مقاييس لسلوك التكيفي على الطفل ، وإذا ما وجدنا أن هناك بعض أوجه نقصان التي لا يستطيع الطفل من جرائها أن يعنى بذاته أو يحيا بشكل مستقل يكون من الضروري في مثل هذه الحالة أن نقوم على الفور بتطبيق أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال من غيرهم حتى نتأكد من أن نسبة ذكائه دون المتوسط . وفي مثل تلك الحالة يمكننا أن نص إلى تشخيص نهائي للحالة بأن صاحبها يعاني من تخلف عقلي ، ويعرف هذا الاتجاه في التشخيص والقياس والتقييم بأنه الاتجاه التكاملي وهو الاتجاه الذي بدأ يسود في الآونة الأخيرة .

ويرى هاندن ( ١٩٩٨ ) Handen أنه فيما يتعلق بقياس السلوك التكيفي يمكننا أن نستخدم مقياساً صريحاً يقيس هذا الجانب ، أو نلجأ من ناحية أخرى إلى أحد المسائل

التي تعمل على قياس الأداء الوظيفي المستقل ، أو النمو اللغوي ، أو المردء على تحمل مسؤولية ، أو النشاط الاقتصادي ، أو الذوق ، أو الجسمي حيث يرى أن هناك العديد من المجالات التي يجب أن تقيس أداء الطفل فيها حتى تساعدنا في التشخيص . ومن هذه المجالات ما يلي :

- الأداء الوظيفي للمستقل .

- النمو الجسمي .

- النشاط الاقتصادي .

- النمو اللغوي .

- معرفة الأعداد والوقت .

- النشاط المنزلي .

- القدرة اللمية .

- التوجيه الذاتي .

- تحمل المسؤولية .

- أنشطة الاجتماعية أو القدرات والمهارات الاجتماعية .

وبعد ذلك يمكن مما يتعلق بنسبة الذكاء أن نستخدم أحد المقاييس المقسة وهي بطبيعة الحال عديدة ومتوفرة في الميدان وبأشكال في مقدمتها مقياس ستانفورد- بينيه Stanford-Binet إلى جانب مقياس وكسلر Wechsler .

وتؤكد العديد من الدراسات الحديثة كما يرى كندول ( ٢٠٠٠ ) Kendall أن نسبة انتشار التلعف العقلي كما أظهرتها التقديرات المبكرة تتباين من بلد إلى آخر ، ولكنها تتراوح بشكل عام بين ١- ١٣% من المجموع العام . إلا أن التقديرات الحديثة فقد أظهرت وجود نسب تختلف عن ذلك بحيث أكدت أن سب انتشاره

تسروح بسى ١ ٣% فقط ، ووجبت أن تلك الحبة تصل إلى ٣ % إذ ، اعتماد على نسبة الذكاء كمعيار أو عكس فقط ، أما إذا ما حانما إلى السرد التكيفي أو الأداء التكيفي للطفل كمعيار أو عكس أساسى بجانب نسبة ذكائه فإن تلك النسبة تقل عن ذلك تصل إلى ١ % فقط ، أما فيما يتعلق بنسبة الذكاء فإن ملاحظ ألفا يجب أن تقل عن المتوسط بمقدار إثنائين معيارين أو أكثر كما سوضح فيما بعد . من أمثلة مقياس وكسلر للذكاء الأطفال كمثل ستجد أن الدرجة ١٠٠ هي السن كمثل للوسط ، وأن إثنائها للمعيار هو ١٥٠ وهما يصبح الطمس اسى يحصل على ٧٠ أو أقل يطبق عليه أحد المحكات الأساسية للإعاقة العقلية ، وينتجى له ن مشر هذه الحالة أن يطبق عليه المحك الثانى وفقاً للتشخيص التكاملى وهو السلوك التكيفى .

ومعرض الطبيعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA تشخيصاً للتخلف العقلى على النحو التالى

١ - أن يكون الأداء الوظيفى العقلى للطفل دون المتوسط بحيث تصل بسبه ذكائه إلى حوالى ٧٠ أو أقل وذلك على أحد مقياس الذكاء الفردية لاطفال

٢ - أن يتراس ذلك مع وجود أوجه القصور فى السلوك التكيفى أو الأداء التكيفى للطفل بحيث لا تنطبق على الطفل بعض المعايير المتوقعة من أقره ن مثل سة وفى جماعت الثقافة ، وذلك فى اثنين على الأقل من المجالات التالية :

أ - التواصل

ب - المهارات الاجتماعية أو فى الشخصية

ج - المهارات الأكاديمية .

د - الصحة .

هـ - العناية بالذات .

و - استغلال مصادر أو موارد المجتمع والاستفادة منها

ز - العمل .

ح - الأمان .

ط - الحياة المدرية .

ى - التوجيه الذاتي .

ك - الاستفادة من وقت الفراغ والتخطيط له .

٣ - يجب أن يكون بداية ذلك قبل أن يعيل الطفل الثامنة عشرة من عمره .

وجدير بالذكر أن التخلف العقلي يحدث بلوجان تشاين في شدته أو مدى حدتها وعلى الرغم من ضرورة استخدام عمكين اثنين لتشخيص الحالة على أنها تخلف عقلي وذلك وفقاً للاتجاه التكاملية هما نسبة الذكاء والسلوك الكيفي فإن نسبة سكاء تعدد حسي التحك الأساسي في التميز بين مستويات التخلف العقلي ومدى حدتها ، ويحدد كل من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي ( ١٩٩٤ ) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية ( ١٩٩٢ ) WHO أربعة مستويات للتخلف العقلي بناء على نسبة الذكاء يعرض لها على النحو التالي :

١ - التخلف العقلي البسيط : mild

وتتراوح نسبة ذكاء الطفل في هذه الفئة بين ٥٥ إلى أقل من ٧٠ ولا يريد الأطفال في مهاراته الأكاديمية عن طفل عادي في الحادية عشرة من عمره وذلك عندما يصل إلى السن الذي يحدث فيه التخرج التام للطفل العادي . ومن ثم فإن هذا الفرد لا يمكنه أن يتعلم للمقررات الدراسية التي يتم تدريسها في مراحل دراسية



عكاشه (١٩٩٢) أنه يمكن تحديد سبب عضوى مسئول عن التخلف للمعنى لدى نسبة صغيرة منهم ، كما أن بعض هذه الحالات يكون مصحوباً بالتوحد أو غيره من الاضطرابات النمائية أو الإعاقات الجسمية.

#### ب - تخلف عقلى متوسط .

وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد في هذه الفئة بين ٤٠ إلى أقل من ٥٥ وبعد هؤلاء الأفراد يظهرون في فهم واستيعاب اللغة ، ويتأخر اكتسابهم للمهارات اللازمة لرعاية الذات والمهارات الحركية . أما مهاراتهم الأكاديمية فهي محدودة جداً ، وبأدنى ما يحقق هؤلاء الأفراد استقلالاً كاملاً عندما يصلون إلى مرحلة الرشد . ومع ذلك فإنهم عادة مما يكونون قادرين على التحرك بشكل تام مع مجتمعهم بالنشاط البدني ، كما يبدى عابثهم دلائل على نموهم الاجتماعي من خلال قدرتهم على التواصل والتعامل مع الآخرين ومشاركتهم في بعض الأنشطة الاجتماعية البسيطة . ويضع أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن الصور الوصفية لقدرة هؤلاء الأفراد تباين ، ففى حين يصح بعضهم بدرجات أعلى في المهارات البصرية والكمية قياساً بتلك للهام التي تعتمد على لغتهم نجد أن بعضهم الآخر يصح بالتفاعل الاجتماعي والحوار البسيط . وفيما يخص مستوى النمو اللغوي لأعضاء هذه الفئة فإنه يتباين بين ما يسمح لهم بالاشتراك في محادثات بسيطة ، وما يسمح لهم بتوصيل احتياجاتهم الأساسية للآخرين ، أو عدم استخدام اللغة مع أنهم يفهمون التعليمات البسيطة ويستخدمون الإشارات اليدوية لتعويض هذا القصور اللغوي . وفي أغلب الحالات يمكن تحديد سبب عضوى معين للإعاقه ، وقد يعاني الأفراد من اضطرابات أخرى شديدة سواء كانت نمائية كالتوحد أو غير نمائية.

#### ج - تخلف عقلى شديد :

وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد في هذه الفئة بين ٢٥ إلى أقل من ٤٠ وتشابه هذه النسبة مع النسبة السابقة فيما يتعلق بالصورة الإكلينيكية ، ووجود سبب عضوى

للإعاقة، والمخالات المصاحبة لها. ويتسم الأفراد في هذه الفئة بانخفاض مسؤوليات الإنجاز بشكل عام مع العلاقة من خلال في الحركة أو أنواع قصور أخرى مصحبة بذلل على وجود عيب تكريري في الجهار العصبي المركزي .

د - ثقيل عقلي شديد جداً ( عميق ) أو حاد :

وتنقسم نسبة ذكاء الأفراد في هذه الفئة عن ٢٥ ، ويكونوا غير قادرين بالمرة على فهم أو تنفيذ التعليمات أو الأوامر ، ويكون أغلبهم غير قادر على التحكم في التنزل والتسول ، ولا يستطيع هؤلاء الأفراد قضاء احتياجاتهم المختلفة أو العناية بذواتهم بما يخصهم في حاجة دائمة إلى الاهتمام والرعاية والمتابعة ، ويمكن في الغالب التعرف على مسبب عضوي للإعاقة ، كما تشيع أشكال العجز الشديدة التي تؤثر على عمل جسم من إلى جانب شيرع بعض الاضطرابات الحسية وغير المتماثلة ،

### ثالثاً ، توقيت حدوث الإعاقة :

ويعتمد هذا للتصنيف على الترتيب الزمني لحدوث الإعاقة وما يمكن أن يؤدي إلى ذلك من أسباب ، ومن هنا للمطلق يمكن تصنيف الإعاقة بناء على عو مل قبل الولادة، أو أثناء ، أو بعدها وذلك على النحو التالي :

#### أ - قبل الولادة :

وتسرع تلك الأسباب في معظمها إلى عوامل وراثية حبيبة تترك آثاراً مباشرة على الجنين من خلال المورثات والجينات التي تحملها كروموسومات الخلية التناسلية . وقد يرجع ذلك أيضاً إلى أسباب قد تحدث بعد عملية الإخصاب وتكوين الجنين ومنها تعرض الأم الحامل لأضرار المؤثرات أو الجسدية أو أمراض القلب أو حمى الصفراء أو الحصبة الألمانية أو السحايا أو مسموم بلخ أو إصابتها بالنكس العصبي وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل . وإذا ما حدث ذلك فإنه يسبب تشوهات وصعوبات في مسخ الجنين ، ويؤثر سلباً على جهازه العصبي ، ويعوق نموه . كذلك فهناك تعارض اليريس RH والذي يقصد به اختلاف دم الأم عن دم الجنين وهو ما يؤدي إلى عدم

يصح علاجاً للمخ لدى الجين . وإلى جانب ذلك هناك إيمان الأم للمحدرات أو الكحوليات أو تدخين السجائر أو تعاطيها للعقاقير والأدوية دون استشارة الطبيب . أو اضطرابات إفراز غدها الصماء ، أو تعرضها للأشعة السبية ( X ) ، أو محاولات لإجهاض للتكررة من جانبها . ومن هذه العوامل والأسباب أيضاً الأمراض ، والاضطرابات الدماكية والتي تشمل القيوب الخفية التي تنتقل عن طريق جهنمت والتي قد يصحبها عر شاذ في الجمجمة قد يؤدي إلى صغر حجم الدماغ لدى الطفل أو كبره . كذلك هناك أسباب أخرى يأتى في مقدمتها اضطراب تكوين الخلايا ، واضطراب التمثيل العنقى ، وجميعها يسهم بشكل مباشر في حدوث الإعاقات العقلية .

ب - أثناء الولادة :

ويحدث ذلك بسبب حالات الولادة غير الطبيعية كما هو الحال في الولادات المتعسرة حيث قد يترتب عليها حدوث إصابات في الجمجمة نتيجة اضطراب الطبيب بد استعمال الحقت أو الملاط ، وقد تودى تلك الإصابات إلى حدوث خلل عظمي أو قصور في بعض الفواحي الإدراكية أو الحسية . كذلك فقد يتعرض الجنين إلى نقص الأكسجين أثناء الولادة مما يؤدي أيضاً إلى التحلل العظمي بسبب حدوث نقص أو قصور في علاجاً ملح نتيجة لذلك .

ج - بعد الولادة :

قد يتعرض الطفل إلى بعض الحوادث أو الصدمات الشديدة بالرأس مما قد يؤدي إلى إصابة الدماغ . كما قد يتعرض لبعض الأمراض التي تؤدي إلى الإعاقات العقلية ومن أمثلتها التهاب السحايا meningitis أو الحمى الشوكية ، أو الحمى الترمزية ، أو التهاب الدماغ ، أو الزهري ، أو التهاب لثروني ، أو الحصبة ، أو يحدث اضطراب في إفراز الغدد لديه وخاصة الغدة النخية والغدة البهامية . وإضافة إلى ذلك هناك حالات سوء التغذية الشديدة أو نقص الفيتامينات خلال العام الأول من عمره ، أو خرمات البيني والتفان وهو ما يمكن أن يؤدي إلى نفس النتيجة .

## رابعاً : المظاهر الجسمية والالتصاق الإكلينيكية :

يعتمد تصنيف التخلف العقلي في ضوء هذا التطور على تلك المظاهر الجسمية التي تصاحب حالات الإعاقة والتي يمكن تناولها على النحو التالي.

### أ - القماءة أو القصاص : Cretinism

تبدأ هذه الحالة عن نقص إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى حدوث ثلث أو ضمور في السخ تظهر أعراضه بعد الشهر السادس من الولادة وذلك بعد اختفاء شرو كبير اختزن من الأم . وتسم الحالة بقصر القامة بدرجة ملحوظة حيث لا يصل طول الفرد إلى ٩٠ سم مهما كان عمره الزمني ، كما لا تزيد نسبة الذكاء عن ٥٠ ، ويصاب الطفل بالمحوط الحركي ، ويتسم بملاحظة وجفاف الجلد ، وتضخم اللسان ، وعشر مصوت ، وبروز البطن ، وسقوط الشعر . ويرى أحمد عكاشة ( ١٩٩٢ ) أنه إذا عرج الطفل خلال السنة الأولى من عمره فإنه يشقى من هذه الأعراض ويمر بمرحلة موهنة ، أما إذا تخلف العلاج إلى ما بعد هذه الفترة فإن الأعراض الجسمية تتحسن ولكن يبقى القصور العقلي ويعتمد مع الطفل .

### ب - استمقاء الدماغ : hydrocephalus

وتسمى هذه الحالة بتضخم الدماغ وامتلائه بالسائل الشوكي أو المخي ، وبروز الجسم نتيجة لذلك مع ضمور في أنسجة المخ نظراً للضغط المستمر لهذا السائل على السخ ، ويصل محيط الرأس إلى ٧٥ سم ، وقد تنتج هذه الحالة عن إصابة الأم بالحماض الحمضي أو التهاب السحايا . ويتوقف مقدار الإعاقة على مدى التلف الذي حدث في أنسجة المخ . ويتم أحياناً اللجوء إلى عملية جراحية لخفض هذا الضغط ، ولكن غالباً ما يصاب الطفل بإعاقة شديدة . ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن هذه هي الحالة الوحيدة في الإعاقة العقلية التي يمكن فيها استخدام الجراحة .

## ج - كبر الدماغ . macrocephaly

وتتميز هذه الحالة بكبر محيط الرأس وزيادة حجم الدماغ بشكل عام، ويصاحب ذلك زيادة ملحوظة في حجم المخ خاصة تحتلها الصلبة والمادة البيضاء. ويمكن ملاحظة هذه الحالة منذ العام الثاني من عمر الطفل حيث يمر عامان ونصف من عمر العصف ولا تلتئم عظام الرأس، ومن المعروف أن المدة الطبيعية لالتام هذه العظام يكون بين سن تسعة شهور ولثمانية عشر شهراً. هذا وتتراوح نسبة الدكاء بين ٢٥ - ٥٠ ويصاحبها اضطرابات في الإبصار وتشنجات تعرف بالشنجات الطفلية infantile spasma ، وقد يكون للوراثة دور في ذلك.

## د - صغر الدماغ : microcephaly

وتسم هذه الحالة بصغر الجمجمة أو محيط الرأس بشكل واضح وصغير مع باقي أعضاء الجسم مما يمرض الطفل للتخلف العقلي الشديد إذ أن صغر حجم الرأس أو جمجمة يجعل عظام الجمجمة تصبغ على المخ ولا تسمح له بالنمو. ويرجع سبب هذه الحالة إلى إصابة يتعرض لها الجنين في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل. أو تعرض الأم بعدوى أثناء فترة الحمل مما يؤدي إلى التام عظام الجمجمة مبكراً بحيث لا يسمح بذلك نمو حجم المخ نمواً طبيعياً حيث يكون ذلك في الغالب قبل أن يصل الطفل الشهر التاسع من عمره. ويصاحب هذه الحالة حالات تشنج ، ونوبات من الصرع مع نشاط زائد. وقد ترجع هذه الحالة إلى إصابة الأم أثناء الحمل بالتهاب السحايا، أو تعرضها لأشعة X ، أو صلصات كهربية ، كما قد تكون الجينات المتنحية هي أحد الأسباب التي يمكن لها أن تؤدي إلى حدوث هذه الحالة.

## هـ - العامل الريزيسي : RH factor

وتحدث هذه الحالة بسبب اختلاف دم الأم عن دم الجنين ، وربما ترجع في الأساس إلى اختلاف دم الأم عن دم الأب فإذا كان دم الأم سلباً ودم الأب موجباً مثلاً ،

وورث ، يحس عن الألب وأصبح منه موحياً ، ها يختلف دم الأم عن دم الحبيب بما  
يؤدي إلى ما يلي :

١- تكوين أجسام مضادة .

٢- اضطراب في توزيع الأكسجين .

٣- عدم نضج خلايا الدم لدى الجنين .

٤- تدمير كرات الدم الحمراء عند الجنين .

وبهذا فإن ذلك يؤثر في تكوين الدم مما يتج عنه تلف وضجور في نخع ، ومن ثم  
الضعف العقلي ، ولرعاية هذه الحالة ينبغي أن تتم عملية تميز دم لمعلم بشكل  
مستمر .

و - اضطراب التمثيل الغذائي ( الأيض ) metabolism

وتسم هذه الحالة بالاضطراب في تمثيل الدهون ، والبروتينات ، والكربوهيدرات .  
ويرى سعيد العزة ( ٢٠٠١ ) أن هذا الاضطراب ينتقل عن طريق الجينات ، وهذه  
الاضطرابات من المركبات والعناصر الكيميائية التي تسبب ذلك الاضطراب هي المسؤولة  
عن التخلف العقلي . ويدير بالذكر أن التخلف العقلي في حد ذاته لا يكون موروثاً  
في معظم هذه الحالة ، ولكنه يحدث بسبب اضطراب الأيض أي التمثيل الغذائي و  
عدم إنتاج الدم والباء الناتج في هذه الجينات عن اختفاء نشاط أنزيم معين أو اضطرابه  
فيما يخص العمليات المرتبطة بالبروتينات أو الدهون أو الكربوهيدرات . ويظهر ذلك  
على مستوى السمبول كواحد من الكربوهيدرات حيث تزداد نسبة حمض اللبنيك في الدم مما يسبب  
تسمم الصدايح ويؤدي إلى اضطراب في الخلايا العصبية للدمغ ، ومن ثم  
التخلف العقلي الذي لا تزداد نسبة الذكاء فيه عن ٥٠ فقط ، وتعد هذه الحالة مورثة  
كما أن نسبة انخفاضه قليل . ولرعاية هذه الحالة تقوم بتحديد نظام غذائي معين ويتم  
الالتزام به ، ويمكن التعرف على الحالة من خلال تحليل الدم .

## خامساً: السلوك التكيفي :

يقوم هذا التقسيم على تحديد قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي، والاعتماد على النفس في الحياة اليومية، أي السلوك الاستقلال من جانب الفرد، وهو الأمر الذي يستخدم مصطلح السلوك التكيفي للدلالة عليه. ومن الأسباب التي تثير اعتبار السلوك التكيفي أساساً ومياراً في تحديد الإعاقة العقلية بوجه عام والتخلف العقلي بصفة خاصة عدم وجود اتفاق على تحديد مفهوم معين للدكاء، أو اتفاق على مفهوم معين تلك العوامل التي تقيسها اختبارات الدكاء، أو حتى اتفاق معين على أحشاء تقيس نفسها إلى جانب أن اختبارات الدكاء في حد ذاتها لا تقيس جوانب النمو المختلفة سواء الاجتماعي منها أو الاتصالي، ويرى عبد العزيز الشخص ( ١٩٩٤ ) أنه يسم تقسيم الأطفال المتخلفين عقلياً بحسب نسب ذكائهم ودرجة تكيفهم الاجتماعي أو سلوكهم التكيفي على النحو التالي:

حدود ( ١ ) فئات المتخلفين عقلياً ونسب الذكاء المقابلة لها ودرجة التكيف الاجتماعي

| نسبة الذكاء    | الحد من المتوسط في الذكاء | نوع السلوك التكيفي            |
|----------------|---------------------------|-------------------------------|
| ١٣٦ درجة فأكثر | $+ < 2$ ع                 | فئة ختريتين                   |
| ١٣٥ - ٨٥       | $+ 2$ ع                   | فئة معاديين                   |
| ٨١ - ٧١        | $- 2$ ع                   | فئة التخلف العقلي البسيط      |
| ٧١ - ٥٨        | $- 3$ ع                   | فئة التخلف العقلي المتوسط     |
| ٥٧ - ٤٥        | $- 4$ ع                   | فئة التخلف العقلي الشديد      |
| ٤٤ درجة فأقل   | $- 5$ ع                   | فئة التخلف العقلي الشديد جداً |

وبصح من الجدول أن نسب ذكاء الأطفال للتخلف عقلياً تقل عن متوسط  
بموجب شراوح بين إختلاف معايير إلى خمسة إختلافات معيارية ، و ٥ درجات  
المحددة حسب التكيف الخاصة بهم تقل عن ٨٥ درجة وينتهي ذلك من فئة إلى أخرى  
من ثلاث درجات الأربع التي تصنفها التخلف العقلي .

#### سادساً : التصنيف التربوي :

يتم تقسيم التخلف عقلياً من المنظور التربوي إلى مستويات ثلاثة وفقاً لمعايير  
التربية وذلك على النحو التالي :

#### أ - المتخلفون عقلياً القابلون للتعلم : *educable*

وهم يتدون فئة التخلف العقلي البسيط الذين شراوح نسب ذكاوتهم بين ٥٥ و  
أقل من ٧٠ والذين يصل عمرهم العقلي عند التصح إلى ما يوازي طفل في ١٠ - ١٥  
عشره من عمره فيحتاج الواحد منهم بالتالي إلى نوع من التربية الخاصة هو ما توفره  
مدارس التربية المعكبة حتى تستطيع القيام على تنمية قدراته الأكاديمية التي يوازي حد  
العمر العقلي .

#### ب - المتخلفون عقلياً القابلون للتدريب : *trainable*

وهم يتدون فئة التخلف العقلي المتوسط الذين شراوح نسب ذكاوتهم بين  
٤٠ - ٥٥ والذين يصل عمرهم العقلي عند التصح إلى ما يوازي طفل في التاسعة من  
عمره . وبالتالي يتم تدريبهم على بعض المهام البسيطة مع تدريبهم على بعض  
المهارات البسيطة التي تساعد على أداء تلك المهام المختلفة التي ترتبط بشه  
امهارات لها ، كما يجب من جانب آخر أن يتم تدريبهم على بعض الحرف البسيطة  
حتى يتمكنوا من القيام بها فيما بعد ، وأن يعمل على إيجاد عمل معين هم يساعدونهم  
على العيش .



ج - المصنفون عقلياً غير القابلين للتعليم أو التدريب :

uneducable or untrainable ( custodial )

وهم يقادرون على التحمل العقلي الشديد والشديد جداً أو الحد ، والذي تقل نسب ذكائهم عن ٤٠ في الفئة الأولى وعن ٢٥ في الفئة الثانية ، والذين يصل عمرهم العقلي عند النصح إلى ما يوازي طفل في الثالثة من عمره ، ويمكن في بعض الحالات أن يستفيد الأطفال في الفئة الأولى من تدريبهم على القيام ببعض العادات المستعنة ، ولكنهم مع ذلك يطلقون هم وأقرانهم في الفئة الثانية في حاجة إلى رعاية مدعة .

### أسباب التخلف العقلي :

يشير مسعد العزة ( ٢٠٠١ ) إلى أن هالاهان وكوفمان Halaban & Kouffman يريان أن نسبة حالات التخلف العقلي غير المعروفة في سبب العصبى تمثل نسبة كبيرة بين حالات الإعاقة حيث تتراوح بين ٨٠ - ٩٤ % ويصق علم مثل هذه الحالات اسم التخلف العقلي دى الأسباب للثقافة الأسرية cultural familial وهو ما ينسبها إلى أسباب اجتماعية وثقافية متدية تكون موجودة في بيئة الطفل وتترك أثراً سلبياً عليه، وتؤدي إلى تخلفه العقلي مع أنه لا يتأخر حتى الإلاد ديل فوى عى صحة مثل هذا الافتراض وهو ما أكدت عليه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي حيث أرجعت ذلك إلى أسباب نفسية اجتماعية بدلاً من القول بأنها أسباب لغافية أسرية وذلك في مقابل الأسباب العصبية التي قد تؤدي إلى التخلف العقلي والتي تم حصرها في ثمانية أسباب على النحو التالي :

- ١ - الإصابات والتسمم .
- ٢ - الإصابات والعوامل الجسمية .
- ٣ - الإصابات الدماغية العامة .
- ٤ - الشللود الكروموروسى .

٥ - اضطرابات الحمل

٦ - اضطرابات عملية التمثيل الغذائي .

٧ - عوامل ما قبل الولادة ( الوراثة والبيئة الرحمية )

٨ - الاضطرابات النفسية للأم الحامل .

ومن ناحية أخرى يرى شستورنوج و سريجورينكو ( ١٩٩٩ ) Sternberg&Grigorenko أن للحيئات الوراثية دوراً كبيراً في حدوث الفروق الفردية بين الأفراد سواء كانوا عاقلين أم غير عاقلين . وأن مثل هذه الفروق تحدث في جميع جوانب الشخصية ، وفيما يتعلق بمحور اهتمامنا هنا نجد أن تلك الجينات لها أثر كبير في حدوث الفروق الفردية في الدرجات الخاصة بمسبب الذكاء حيث تسهم بدرجة كبيرة في حدوث مثل هذه الفروق إذ أنه كلما كان التشابه الجيني بين شخصين معينين كبيراً تفاوتت كثيراً مسبب ذكائهما ، والعكس صحيح . وإذا ما عدنا إلى السخيف العقلي فسوف نجد أن تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه كثيرة ومتعددة ، ولا تقتصر على العوامل الجينية أو الوراثة محسب ، بل إنها في واقع الأمر تمتد إلى أبعد من ذلك لتشمل عوامل أخرى إلى جانبها يأتي في مقدمتها التعوس الجينية . وهذه العوامل كمجموعة يمكن أن نضم تلك العوامل التي يمكن أن تؤثر على البيئة الرحمية وذلك بعد أن تكون السمات الوراثية قد انتقلت إلى ذلك الجنين الذي يكون قد تكون بالفعل في ذلك الوقت، إلى جانب عوامل أخرى أسرية أو اجتماعية وسوف نلقى الضوء على مثل هذه العوامل خلال الصفحات التالية .

### أولاً : العوامل الوراثية :

تعد هذه العوامل مسئولة عن حدوث النسبة الأكبر من حالات التخلف العقلي والتي تبلغ حسب ما أوردته بعض التقارير والدراسات حوالي ٨٠ % تقريباً من تلك الحالات وذلك لوجود تلف، أو ضمور، أو خلل في خلايا المخ أو جهاز العصبي المركزي وهو ما يؤدي بطبيعة الحال إلى إعاقة في وسائل الإدراك ، والوظائف المعية

للمشتمعة. وإلى حدوث صعوبات عدة في عملية التعلم. وتلعب نلاء العومس دوراً  
 بطرس مباشر عن طريق الجينات الوراثية التي تحملها كروموسومات الخلية الجنسية ،  
 أو بطريق غير مباشر عن طريق نقل الجينات لصوب تكويمة يمكن أن تؤثر على أسسمة  
 الملح وحلايه ، وبالتالي تعوق نموه ووظائفه .

ويرى كندول ( ٢٠٠٠ ) Kendall أن هالك عوامل وراثية محددة تعيب دوراً  
 هاماً في حدوث التخلخل العقلي إذ أنه قد يحدث شذوذ كروموسومي أو خطأ وراثي  
 يمكن بالتالي أن يؤدي إلى حدوث أنماط مختلفة من الإعاقة كما يلي :

#### ١ - شذوذ الكروموزوم ( X ) [ أو ما يعرف بالكروموزوم ( X ) المش ] :

وتعد رملة أعراض شذوذ الكروموزوم ( X ) أو ما يعرف بالكروموزوم  
 ( X ) المش The fragile x syndrome كما يرى كندول ( ٢٠٠٠ ) Kendall  
 عبارة عطف من تلك الأنماط التي يتضمنها التخلخل العقلي والتي ترتبط بالشذوذ  
 الكروموسومي . وينشأ هذا النمط عن وجود جزء منمضي أو متقلص عند نهاية أو  
 طرف الكروموزوم ( X ) ، وهناك مجموعة من السمات الجسمية ترتبط به إلى حد  
 معتد من أوجه القصور للمعرفية ، وتنصمن السمات الجسمية قصر القامة ، وسجبة  
 نمر يصلة البارزقة والفك البارز ، والأذنين الكبيرتين إلى جانب كبر اليدين والقدمين  
 ويرى ماركو وآخرون ( ١٩٩٧ ) Mazzocco et. al. أن هذا النمط من التخلخل  
 العقلي يظهر بشكل كبير بين الذكور أو يتركز ظهوره بينهم ، ومع ذلك فصد يظهر  
 هذا النمط بين اليات مانه عادة ما يرتبط باضطراب التوحد أي أن تشخيص يكون  
 مردوجاً في مثل هذه الحالة .

#### ب - الفينيلكيتونوريا : PKU

وهذا اضطراب آخر يعرف بالفينيلكيتونوريا phenylketonuria الذي يكتب  
 اختصاراً PKU والذي يتحدد بعوامل عضوية وأخرى وراثية . وبعد هذا الاضطراب  
 نشأة خطأ وراثي يتعلق بعملية الأيض أو الهدم والبناء metabolism يشأ عن حمون

في أرمباب التركيز تؤدي إلى ظهور أحاسيس أمنية في اليول تجعل رالتحت كرهية . وهذا محروس طلبة يمكن من خلالها التعرف على هذه الحالة وذلك مد الأسبوع مثنت بعد الولادة . وحديث بالذكر أن الأطفال الذين مصابون بهذا الاضطراب يكبرون في الغالب عابدين عند الولادة ، ولكنهم إذا لم يعالجوا عند اكتشاف الحالة وحدث خلال العام الأول من عمرهم فإن الأمر يتطور إلى حدوث التخلف العقلي . وتوضح الدراسات الحديثة أنه إذا تم تشخيص الحالة بدقة في وقت مبكر من عمر الطفل ، وتم تحديد نظام غذائي معين للطفل بعد ميلاده بوقت قصير فإن الأمر لا يصل إلى حدوث التخلف العقلي ، بل إن الطفل يكون عادياً . وما لا شك فيه أن المورثات الحاملة لهذا الاضطراب تنتقل إلى الجنين في شكل جين متنح ، فإذا تزوج الفرد الذي يحمل هذا الجين عندما يكبر من شخص آخر يحمل نفس الجين المتنحي فقد ينتج عن ذلك أن يرلد حما أطفال مصابين بهذا الاضطراب . وإذا كانت هذه الحالة موروثية فإن انخفاض العقلية الناتج عنها ليس موروثاً كما أوضحنا من قبل ، ولكن يعتمد نتيجة له . ويرى روبنشتين وآخرون ( ١٩٩٠ ) Rubenstein et. al. أن مثل هذا الاضطراب بعد سادراً يد مبلغ نسبة حدوثه بين الأطفال حالة لكل أربع عشرة ألف حالة ولادة . وتزوح حدة التخلف العقلي الناتج عن هذه الحالة بين التخلف المتوسط إلى انخفاض لشديد جداً . ولا يرتبط هذا الاضطراب بطريقة اجتماعية معينة أو بمستوى اجتماعي اقتصادي معين .

#### جـ - حالات أخرى :

هناك عوامل وراثية وعضوية أخرى تلعب دوراً أساسياً في حدوث التخلف العقلي يأتي في مقدمتها إصابة الحامل بالعدوى ، أو تعرضها لبعض الأمراض المعدية ، أو تعرضها للتسمم ، أو سوء التغذية مما قد ينتج عنه حدوث حمى أو شلود كروموزومى ينتقل إلى الجنين من خلال المورثات . كذلك فإن الشلود في تركيب الجسممة بالنسبة للطفل أو تعرضه لإصابات شديدة بالرأس يؤثر على أجزاء معينة في المخ وهو ما يؤدي إلى اختلال في الأداء الوظيفي للعقل للطفل . وتعتمد العوامل

المعصوبة مسدودة عن حوالي ٧٠ ٪ تقريباً من حالات التخلف العقلي الشديد ، وعن حوالي ٥٠ ٪ تقريباً من حالات التخلف العقلي البسيط.

### ثانياً ، العوامل البيئية :

وتنضم هذه العوامل نوعين رئيسيين من العوامل المسببة للتخلف العقلي ، يرتبط النوع الأول منهما بمجموعة العوامل التي تؤثر على الجنين وهو في رحم أمه وتؤدي إلى إصابته بالتخلف العقلي في حين يرتبط النوع الثاني بتلك العوامل التي ترتبط بالبيئة الاجتماعية للطفل والتي تلعب دوراً رئيسياً في هذا الصدد . ويمكن تناول تلك العوامل كماالتالي :

#### ١ - البيئة قبل الولادة -

فقد تعرضت تلك البيئة عدداً من للآثار السلبية التي قد يتصل حجم تأثيرها بالصبر في تعطين جانب كبير من قدرات الطفل العقلية . ونشير بالذكر أن هناك عدداً من العوامل التي قد تعرض لها الأم الحامل والتي قد تؤثر سلباً على الجنين يأتي في مقدمها مشكلات الصحة سواء كانت عضوية أو نفسية ، وسوء التغذية ، والتدخين وتعاطي الكحوليات ، وتعرضها للعدوى أو للأمراض المعدية ، أو تعاطيها العقاقير دون استشارة الطبيب ، أو تعرضها للإشعاعات الصادرة إلى جانب نقص الأكسجين عند ولادة الطفل . ويلاحظ عادل عبد الله (١٩٩١) هذه العوامل كالتالي

#### أ- سوء التغذية :

من المعروف أن الجنين يحصل على متطلباته الغذائية من مدخرات الأم ، فإذا كانت تلك المدخرات كافية بمعنى أن غذاء الأم كان صحيحاً مناسباً فإن ذلك يساعد بحسن عسى أن يمو نمواً طبيعياً ، أما إذا كانت تلك المدخرات غير كافية نتيجة معاناة الأم من سوء التغذية فإن ذلك لا بد أن يؤثر سلباً على نمو الجنين فيموت غموراً غير طبيعي ، وسوف يؤثر ذلك عليه عند الميلاد ، ويؤثر على صحته مدى حياته . كذلك فقد

وحد العديد من الباحثين علاقة بين نقص التغذية خلال فترة الحمل خاصة البروتينات والفيتامينات وبين وجود نقص جسمي يتعرض له الجنين ويؤثر عليه مدة ميلاده إلى جانب حدوث خلل في جهازه العصبي ، أو تعرضه لنقص في قدراته لعقبة، والاضطرابات النفسية، وتعرضه للعديد من الأمراض الجسمية المختلفة وهو الأمر الذي يترك أثراً سلبياً عليه . ومن هذا المطلق فإن سوء تغذية الأم يعود سبباً على الطفل ويؤدي به إلى قصور في قدراته الاجتماعية.

#### ب - الحالة الصحية للأم :

إن تعرض الأم لأي مرض معد خاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل يترك أثراً بالغاً على الجنين ، وإصابتها بالسحاحا أو الحصبة الألمانية على سبيل المثال قد يؤدي بحس إلى مصمم أو البكم أو التخلف المعلي . كما أن اضطراب إفرازات الغدد عند الأم من ناحية أخرى قد يؤدي للجنين إلى أن يصبح متخلفاً عقلياً.

#### ج - الحالة النفسية للأم :

تؤثر الحالة النفسية للأم بطريق غير مباشر على الجنين بشكل علم، فانشاعر لمتنة غير مستقرة التي قد تتعرض لها الأم الحامل تنعكس على الواحي الفسيولوجية المختلفة وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث شتيين أساسيين يمكن لأي مهنا أن يؤدي ب حدوث السخلف المعلي ، يتمثل الأمر الأول منهما في إقرار العديد من الأم وتعير التركيب الكيمياءى للدم ، بينما يتمثل الأمر الثانى فى حدوث ما يعرف بصعوبات الولادة.

#### د - عمر الأم :

تسذل الأبحاث على أن الس الأمثل للأم كى تحمل خلاله يتراوح بين ٢٠ - ٣٥ سنة حيث أن الحوامل بعد هذا الس قد يتعرضن للمرض، وقد يتعرض بصعوبات بالغة أثناء الحمل ومثلها أثناء الولادة، كما قد يزداد احتمال إصابة أطفاس بحالات

مقصود عقلي . وقد أوضحنا من قبل العلاقة بين سن الأم الحامل وتعرض طفلها  
للمشرد العقلى . كذلك فإن الحمل قبل سن العشرين قد يراكمه حالات ولادة مبكرة  
وهو من العوامل التى يمكن أن تؤدى إلى القصور العقلى .

#### هـ - تعرض الأم للإشعاع :

إن تعرض الأم الحامل لجرعات عالية من أشعة X ( السببة ) له تأثير بالغ الخطورة  
على الجنين حيث يؤدى ذلك إلى القصور العقلى أو حدوث تشوهات جسمية بى  
حساب أنه قد يؤدى إلى الإجهاض .

#### و - تعاطى الأم للعقاقير :

يؤدى تعاطى الأم للعقاقير دون استشارة الطبيب خاصة خلال السهور الثلاثة  
الأولى من الحمل إلى تأثيرات سبة على الجنين ، وأحياناً على الأم الحامل نفسها حيث  
قد يؤدى ذلك إلى ظهور أعراض فقر الدم عليها و حدوث النزيف الدموى من اللوداد  
وبعد ، كما قد يؤدى أيضاً إلى العديد من التشوهات الجنينية ، أو بعض الأورم  
السرطانية ، أو القصور العقلى . ومن المعروف أن تعاطى مثل هذه العقاقير خلال  
السهور الثلاثة الأولى من الحمل حتى وإن كان لأغراض طبية يعود بالسبب على  
الجنين .

#### ز - التدخين والمشروبات الكحولية :

يؤدى قيام الأم الحامل بالتدخين إلى زيادة احتمال وفاة الوليد فى الأسبوع الأول  
من ولادته ، وزيادة احتمال أن يكون هذا الوليد أقل ذكاءً من أقرانه ، وأن يكون غير  
مكتمل النمو وهو ما يترك أثراً سلبياً عليه فى العديد من الجوانب ومنها :  
العقلي . أما تعاطى للمشروبات الكحولية أثناء الحمل فيؤثر فى معدل النمو الجسمى  
للأطفال ، وتزداد نسبة التشوهات الجسمية بينهم وخاصة فى الأطراف ، والقلب ،  
والنخاع . والرأس ، والوجه ، كما يؤثر سلباً على معدل ذكاء الأطفال ، وقد يؤدى

في الإعاقة العقلية. ويرى أروسون وآخرون ( ١٩٩٧ ) Aronson et.al. أن تعاطي الأم كمحلوليات قد يمرض الجنين لما يعرف بزملة أعراض تعاطي الكحوليات fetal alcohol syndrome والتي تتضمن تأخرًا في النمو الجسدي والعقلي. كما يرون أن الأضرار التي يلحقها بالجنين أثناء الحمل تعاطي الكحوليات أثناء الحمل تعرضون لمشكلات عديدة عقلية وسلوكية تستمر خلال مراهقتهم، ويكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأمهات الذين يتعرضون لكل هذا الأمر أن يكونوا إما متحفيين عقلياً أو توحيديين وهو الأمر الذي يعد من الآثار المباشرة لتلك الانتلازمة.

## ٢ - البيئة الاجتماعية :

هناك العديد من العوامل التي تتضمنها البيئة الاجتماعية التي يشك الفرد فيها نرتك آثاراً سلبية عديدة عليه. ومن هذه العوامل الحرمان الاجتماعي والتعسّي لشديد في الطفولة المبكرة ، والعزلة الاجتماعية وقلة الاتصال بالآخرين أو التواصل معهم، وعدم توفر فرص تعليم ، والحرمان الثقافي ، والفقر وسوء أو تدنّي الحالة الاقتصادية مع كبر حجم الأسرة ، وسوء التغذية على سبيل المثال. وبعد هذه العوامل كلها بمثابة مشكلات تؤدي بالفرد إلى الضيق العقلي والتعسّي والاجتماعي والانتقالي حيث تؤدي به إلى ما يعرف بالمزج العقلي الذي يؤثر سلباً على مستوى ذكائه وإدراكه ومداركه ، وعلى مستوى قيامه بالعمليات العقلية بوجه عام إذ يجد كثيراً من سوء العقلي ، كما أن انتشاره غير اللائحة لا تتيح الفرصة المناسبة لنمو الطفل العقلي حيث تعوق قدراته العقلية وإمكاناته الوراثية من الوصول إلى النصح ليس في هذا الجانب فحسب ، بل في جميع جوانب الشخصية ، كذلك فإن الحرمان الاجتماعي في الطفولة المبكرة يترك أثراً سلبياً على النمو العقلي للطفل وهو الجانب الذي قد يتم إغاقته في هذه المرحلة سواء بسبب ذلك أو نتيجة لاضطرابات نفسية أو انفعالية أخرى. ومن ثم فإن هذه المجموعة من العوامل لها دور بالغ الأهمية في هذا الصدد بحيث لا يمكن لنا أن نتجاهله بأي حال



• في الأحوال، بل إن علينا أن نولي اهتماماً، وأن نحاول الإقلال من أثره السيئ قدر الإمكان.

### الوقاية من التخلف العقلي :

يذكر كمال مرسى ( ١٩٩٤ ) أننا عندما نطبق مفهوم الوقاية في الصحة العامة والصحة النفسية في مجال الإعاقة العقلية عامة، وفي مجال التخلف العقلي على وجه التحديد فإنه يصبح لدينا مستويات ثلاثة من الوقاية يمكن تحديدها على النحو التالي :

#### ١ - الوقاية الأولية : primary prevention

ويقصد بها تلك الجهود والإجراءات التي يتم بها والعمل في صونها وذلك في سبيل رعاية الأجنة بهدف تجنبهم وتقليل فرص واحتمالات ولادة أطفال متخلفين عقلياً أو مشوهين وذلك توفير الرعاية للأم الحامل ، ومراجعتها المستمرة بمتبيب ، واستشارته الفاتمة في كل ما تعرض له ، وتقليدها جيداً ، وحمايتها من أي ضرر يمكن أن يسبب في ولادة طفل من هذا القبيل سواء تمثل ذلك في شكل صدمات أو أضرار ، أو عقاقير ، أو مخدرات ، أو كحوليات ، أو مدخين ، أو أي عنصر في عصر اليوم أو ما شابه ذلك . ومن هذا النطلق يتم توفير التوعية اللازمة سواء من خلال زيارات المصححات ، أو الزيارات المنزلية ، أو حملات التوعية بوسائل الإعلام المختلفة إلى جانب الاهتمام بالإرشاد الزوجي ، وإجراء الفحوصات اللازمة للشباب لتقبلهم على الزواج ، وتوعيتهم بالأمراض الوراثية .

كذلك فنحن نرى أن الوقاية الأولية تتضمن من ناحية أخرى رعاية الأطفال منذ ميلادهم وحتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة ، وتوفير البيئة المناسبة التي تساعدهم على النمو السوي . وغير شاهد على ذلك هو مشروع التأمين الصحي للأطفال وتلاميذ المدارس الذي تبناه الحكومة في الوقت الراهن . كما يتضمن هذا المستوى من الوقاية إلى جانب ذلك توفير الجو المناسب للملام الذي يمكن أن يساعد على النمو النفسي

مستسم ، و غير مثال وشاهد على ذلك هو برنامج القراءة للجميع الذي تنهه و برعه  
السيدة/ سوزان مبارك .

### ب - الوقاية الثانوية . Secondary Prevention

وتتمثل هذا النوع من الوقاية في تلك الجهود والإجراءات التي تتخذ في  
سبيل تغيير وتحسين الظروف البيئية التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بتتحف  
العنفى ، والتي يمكن لها أن تؤدي إلى حدوث تلك الإعاقة . وهو الأمر الذي يمكن أن  
يقلل بدرجة كبيرة من احتمال أن تلعب تلك الظروف البيئية دوراً في حدوث إعاقة .  
هذا من جانب تقسم الرعاية الطفولية لأطفال الأسر الفقيرة ثقافياً واجتماعياً وذلك من  
مسر مكررة في حياتهم ، وتوفير السبل التي يمكن أن تسهم في أن يتطور نموهم العقلي  
المعروف ويمتسر في مساوئه الطبيعية الصحيحة .

وغير يرى أن غير مثال عني ذلك يتمثل في مشروع مكتبة الأمرد برعاية «سسه  
سوزان مبارك ، والذي تشارك فيه جمعية الرعاية للتكامله المركزية، ووزارات الثقافة،  
والإعلام، والتربية والتعليم، والإدارة المحلية، والشباب .

### ج - الرعاية الثلاثية : tertiary prevention

وتتمثل هذا المستوى من الرعاية في تلك الجهود التي تتخذ والإجراءات التي تتخذ  
في سبيل رعاية المتخلفون عقلياً وتعليمهم ، وتعليمهم ، وتشغيلهم في أعمال مفيدة  
لهم ، وتعود بالتمع والفائدة على مجتمعهم . وفي هذا الصدد تم تحديد وتخصيص ما  
يوازي ٥ ٪ من المبالغ لأولئك الأفراد ذوي الإعاقات .

وغير شاهد على هذا المستوى من الرعاية من وجهة نظرها يتمثل في ذلك مشروع  
على تنهائه السيدة/ سوزان مبارك والذي يهدف إلى تطوير مدارس التربية المعكوبة في  
أحاء الجمهورية بما يمكن منه تعليم وتدريب وتأهيل المعوقين عقلياً للاعترط في  
الجمع .

## رعاية الأطفال المتخلفين عقلياً :

يمر كيندول ( ٢٠٠٠ ) Kendall أن برامج وأنماط الرعاية المقدمة للأطفال المتخلفين عقلياً قد تعددت منذ أن بدأت دول العالم المختلفة تهتم برعايتهم وتأهيلهم، ويمكن تصنيف مثل هذه الرعاية في ثلاثة أنماط أساسية تتمثل في الأنماط التالية :

١ - الإقامة placement

٢ - التعليم المدرسي education

٣ - التدخلات العلاجية interventions

وجدير بالذكر أن الإسراءات التي تحدث في كل عطف من الأنماط الثلاثة قد تعرضت، لغيرت كثيرة كان سببها الأساسي هو التطوير وذلك في سبيل تقديم خدمات بشكل أفضل وتوفير أفضل سبل الرعاية والتأهيل وذلك حتى يسقى لهم الاستعادة مما تبقى لديهم من قدرات وإكسابهم بعض المهارات التي يمكنهم بمقتضاها أن يسبحر مع الآخرين وأن يمتزجوا في المجتمع. وسوف يتم تناول تلك الأنماط على النحو التالي :

### أولاً : الإقامة :

يشير تعيين المكان اللازم للمرد المتخلف عقلياً وتسكينه فيه إلى إجراءات أو ترتيبات الإقامة التي تحدث لها الفرد. ومن الجدير بالذكر أنه كان يتم في الماضي وضع هؤلاء الأفراد في مؤسسات علمية تقوم فقط على تقديم الرعاية النهارية أو اليومية لهم. وبعد ذلك ضرباً من ضروب الرعاية البديلة التي كانت تقدم للأطفال العاديين بفترة من النهار عند يتطلب الموقف ذلك، غير أن الرعاية النهارية بالنسبة للأفراد المتخلفين عقلياً ليست بنفس الدرجة من الصراحة والتحديد حيث تم تفسيرها على أنه أي نوع من الرعاية يتمثل في عطف أو أكثر من الأنماط الثلاثة التالية من البرامج التي يتم تقديمها للأفراد المتخلفين عقلياً والتي تتحدد فيما يلي :

أ- برنامج رعاية الطفل أثناء النهار لإتاحة الفرصة للخصيف عن الوالدين من نبت  
مبصره والتوترات التي يتعرض لها على مدى أربع وعشرين ساعة يومياً من  
الرعاية لطفهما المختلف عقلياً.

ب- برنامج إعدادى هارى يهدف إلى مساعدة الطفل المختلف عقلياً على الانتقال  
إلى المدرسة بمعنى أن هذا البرنامج يعد بمثابة برنامج قبة.

ج- برنامج هارى يهدف إلى توفير الرعاية بعد اليوم للموسى للأطفال المنتصين  
في المدارس والذين لا تستطيع أسرهم أن تقدم لهم الرعاية اللازمة فهم بين  
انتهاء اليوم للموسى وفترة للنساء.

ومما لا شك فيه أن مثل هذه البرامج تعمل على تقديم العديد من الأنشطة ذات  
الأهمية، وكانت تصم بين الأنشطة التي تقدمها هؤلاء الأطفال بعض الخدمات  
التعليمية، والتشويقية، والصحية ذات طبيعة خاصة حيث تم تصميمها كما يتفق مع  
الحصائص التي يسم بها هؤلاء الأطفال حتى يتسنى في النهاية إشباع ميول ورغبات  
هؤلاء الأطفال وذلك من خلال ما تتضمنه من ألعاب، وأدوات لعب، وما يسهل يديه  
ممن مس خدمات متعددة، وبرنامج صحية متباينة، إضافة إلى إعداد هؤلاء الأطفال  
للانفعال إلى المدرسة.

ومنذ الستينات من القرن الماضي ظهر ما يعرف بمراكز المجتمع المحلي Community  
Centers والتي تعمل على توفير ساح أسرى شبه بما يوجد في المنزل، وتوفير فرص  
التفاعل مع الآخرين، ومع البيئة المحلية التي يشأ هؤلاء الأطفال فيها، وهو الأمر الذي  
يمكن أن يساعدهم على الاندماج مع الآخرين اغيطين بهم والاندماج في مجتمعهم  
الحلي. وإن جانب ذلك وال سبل تحقيق الأهداف المحددة لما عملت تلك المراكز على  
توفير الإشراف الآرام على الطفل وتوجيهه أثناء فترة وجوده فيها. وتتراوح الأهداف  
التي تنبها مثل هذه المراكز والتي تقوم على أسس مجتمعي، وتسم برامجها بشبهها  
بالجمعية، الأسرية وتقدم الخدمات لكل شخص مقيم بها بين إعداد هؤلاء الأمراء

الاستدماج في المجتمع الخلقى من خلال ما يعرف بالمراكز لمرحلة halfway ، وتقدم الرعاية الجماعية ، وتوفير الجو الأسرى خاصة فيما يعرف بمراكز الإقامة boarding . ولقد تعمل أيضاً على إعداد هؤلاء الأفراد للاعتراف في المجتمع . وسوف نعرض لذلك كما يلي :

#### أ - مراكز المرحلة : halfway centers

وتعمل تلك المراكز على تقديم الخدمات العلاجية قصيرة المدى للأفراد الذين هم يعودون بحاجة إلى الرعاية الداخلية ، ولكنهم لا يزالوا يحتاجون إلى الوقت نفسه إلى فترة من الإشراف والعلاج حتى يستطيعوا الاندماج مع الآخرين في مجتمعهم . ولذلك تعمل هذه المراكز على توفير مواقف للحياة الفعلية الواقعية المكتسب خلالها هؤلاء الأفراد مهارات الاجتماعية والمهنية اللازمة للأداء الوظيفي القبول في إطار المجتمع الذي ينتمون إليه .

#### ب - مراكز الرعاية الجماعية : Group care centers

ويقدم هذه المراكز الرعاية الجماعية على أسس مجتمعية ، وتوفر برامج شبه أسرية للأفراد المتعلمين عقلياً الذين يحتاجون إلى إشراف عند على مدى الأربع وعشرين ساعة يومياً . ومن يلحق بها من الأطفال يكون قادراً نوعاً ما على الرعاية الذاتية ولكنه في الوقت ذاته يكون غير قادر على الحياة المستقلة . ولذلك يكون لإشراف في تلك مراكز مباشرة مع توفير الأنشطة الاجتماعية المتنوعة التي يتم تدريب هؤلاء الأطفال على المشاركة فيها .

#### ج - مراكز الإقامة : boarding centers

وتقدم هذه المراكز خدماتاً للأطفال المتخلفين عقلياً من المرحلة البسيطة ، ولا يلغضح الأطفال فيها لأي قواعد أو نظم باستثناء تلك التي تقرر بشكل عشوائي من جانب إدارة كل مركز من تلك المراكز ، كما أنه لا يوجد بها أي شكل من أشكال

لاشرف مباشر مما يتيح الفرصة لأي طفل متخلف عقلياً أن يلحق بالمرکز في أي لحظة. وتعمل البرامج التي يتم تقديمها من خلال مثل هذه المراكز على إعداد هؤلاء الأطفال للانتماء في مجتمعهم المحلي. وربما يرجع عدم وجود إشراف مباشر في تلك المراكز إلى أنه تقبل الأطفال الذين يعانون من التخلف العقلي البسيط والذين يتمكنون من خلال اشتراكهم في الأنشطة المختلفة من الأداء السلوكي بشكل مقبول ومستقل إلى حد كبير.

### ثانياً : التعليم للتدريس :

يصنف الأطفال المتخلفون عقلياً وفقاً للتصنيف التربوي إلى قابلين للتعليم، وقابلين للتدريب ، وغير قابلين للتعليم أو التدريب . وقد اهتمت دول العالم ، ومؤسساته ، وهئاته المتخصصة منذ وقت طويل بتقديم الخدمات التعليمية للأطفال المتخلفين عقلياً من فئة القابلين للتعليم وهم أولئك الذين يعانون من التخلف العقلي البسيط ، ويرى مناسب ذلك فقد تم من القوانين التي تكفل لهم الحق في أن يلقوا هذا النوع من التعليم.

ويشير أحمد عبد الله ( ٢٠٠٠ ) إلى أن مصر كأحد المجتمعات النامية تحتم شرعية وتعليم هؤلاء الأفراد منذ الخمسينيات تحقيقاً لمبادئ رعاية حقوق المعوقين عقلياً حتى أصبحوا الجمعية العامة للأمم المتحدة في ديسمبر ١٩٧١ والتي تنص في مرفق الكدية على حق لشخص المعوق عقلياً في الرعاية الطبية المناسبة، والملاح الجسدية ، وحقه في أن يبال من التعليم، والتدريب، والتأهيل، والإرشاد ما يمكنه من تنمية قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن. وقد حرصت الهيئة الفاضلة موران مبارك على ذلك وتم عقد المؤتمر الأول لطفل المعوق في أكتوبر ١٩٩٥ والذي أقر حق إتاحة الفرصة لثلث هذا «طفل المعوق كى يبال الرعاية التربوية والمسية شأنه في ذلك شأن الطفل العادي . وصدر قانون الطفل رقم ٢١ لسنة ١٩٩٦ والذي جعل بمصر لأول مرة في تاريخها قانوناً متكاملًا للطفل يتضمن كافة الحقوق المتعلقة به ، ومنها ما يلي .

## ١ - حق الطفل المعوق في التمتع برعاية خاصة :

مدكر المادة ٧٦ من قانون الطفل أن الطفل المعوق الحق في التمتع برعايه خاصة اجتماعية، وصحية، ونفسية تنمي اعتماده على نفسه، وتيسر اندماجه، ومشاركته في المجتمع.

## ٢ - مجالات اهتمامات الدولة بتأهيل الأطفال المعوقين ( إنشاء معاهد ومدارس لهم ) .

نصمت المادة ٧٨ من قانون الطفل بمجالات اهتمامات الدولة بتأهيل الأطفال المعوقين سواء من جانب وزارة الشؤون الاجتماعية، أو وزارة التربية والتعليم حيث يجوز لوزرة الشؤون الاجتماعية الترخيص في إنشاء المعاهد والمشات اللازمة لتوفير خدمات التأهيل للأطفال المعوقين وذلك وفقاً للشروط والأوضاع التي تحددها اللائحة التنفيذية ، كما أن لوزارة التربية والتعليم دوراً بارزاً في هذا المجال حيث لا أن تنشئ مدارس أو فصولاً لتطبيق هؤلاء الأطفال كما يتلاءم مع قدراتهم واستعداداتهم . وتحدد اللائحة التنفيذية شروط القبول، ومناهج الدرس، ونظم الامتحانات فيها .

## ٣ - الأحكام والقواعد التي يجب مراعاتها في نظام التعليم للمعوق عقلياً

هناك من الأحكام والقواعد التي تتعلق بنظام تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً ما كان موجوداً من قبل، واستمر العمل به حتى صدرت أحكام وقرارات أخرى في هذا الشأن . وفي هذا الإطار يحدد القرار الوزاري رقم ٣٧ لسنة ١٩٩٠ في المادة ١٧٨ من اللائحة التنفيذية لقانون الطفل أن يكون نظام التعليم للمعوقين عقلياً الذي يتمثل في التربية الفكرية وفقاً للأحكام التالية :

### ١ - فترة القبول

وتسبع مدة هذه الفترة ستان ، ومعدة الدراسة فيها عبارة عن تدريبات حسية، وعقلية، ولغوية، ورياضية، وموسيقية.

## ب - الحلقة الابتدائية :

وتتصل مباشرة إلى ست سنوات ، وتتضمن حلقتين تتألف كل منهما من ثلاث سنوات ، وتتضمن المواد الثقافية البسيطة إلى جانب المواد العملية الخاصة ،

## ج - الإعدادية المهنية :

وتتبلغ مدة الدراسة بها ثلاث سنوات ، وتتضمن خطة الدراسة التدريبات المهنية ، ويمنح بتخرج شهادة مصادقة بإتمام الدراسة مرحلة للتعليم الأساسي لمدرسة التربية الفكرية ،

وتحدد شروط القبول بمدرسة التربية الفكرية على النحو التالي :

- يجب أن الأطفال المتخلفون عقلياً الذين يتم تحويلهم إليها من المدارس الابتدائية ، أو ممن لم ينتهوا بالمدارس الابتدائية من سن ٦ - ١٢ سنة متى توافرت فيهم شروط القبول . ولا يجوز بقاء التلميذ بهذه المدارس بعد بلوغه ١٨ سنة في أول أكتوبر من العام الدراسي .

- يجب أن توافر الشروط الطبية والنفسية التالية للقبول بهذه المدارس

أ - أن تدرج نسبة ذكاء للقبول بها بين ٥٠ - ٧٠ .

ب - ألا تكون لدى المقبولين إعاقات أخرى غير التخلف العقلي تحول دون استعادتهم من البرنامج التعليمي الخاص بهم .

ج - يوضع جميع التلاميذ للقبول تحت الملاحظة لمدة لا تقل عن أسبوعين وذلك لتحقيق من شروط الاستقرار النفسي ، ويتم إعداد تقرير عن حالة كل تلميذ أثناء الملاحظة يرفق بأوراق التحويل إلى المرحلة النفسية .

د - لا يتم التقييد النهائي بالمدرسة إلا بعد إجراء الاختبارات النفسية والمحوصل التي تقوم بها الجهات المختصة وذلك بعد أن يتم استيفاء الشروط السابقة .



وحيث أنه قد ذكر أن هناك أبعاداً متعددة تعمل مدارس التربية العسكرية على تحقيقها،  
ويمكن أن تقوم بإعداد مثل هذه الأبعاد فيما يلي :

- أ - تدعيم الصحة النفسية كي تساعد على الشعور بالأمن .
- ب - تنمية الثقة بالنفس .
- ج - تنمية القدرات البصرية، والسمعية، والحركية، والعقلية .
- د - تنمية القدرة على الكلام والتفكير الصحيح .
- هـ - تنمية المهارات الفنية والحسية والمعلومات .
- و - تنمية المهارات اليدوية .
- ز - تنمية المبادئ والالتزامات الاجتماعية السليمة، وعرض القيم الدينية والحياة
- ح - تحسين العلاقات الاجتماعية مع أفراد المجتمع .
- ط - تنمية المبادئ الصحية السليمة .
- ي - إعداد التلميذ للتخلف عقلياً للحياة العملية وظلت بتثريته على مهنة سامية
- ك - مساعدته على استقلال وقت الفراغ مستقلاً سليماً عن طريق برامج  
النشاط الترفيهي .
- ل - تحقيق التكيف والتوافق الانتماء والاستقلال الذاتي للطفل في الأسرة  
وبمدرسة عن طريق برامج متكاملة للصحة النفسية وتوفير التنوع اللازمة،  
وتوطيد العلاقة بين المدرسة والمنزل في سبيل تحقيق مصلحة الطفل .
- م - اعتبارات رعاية المتخلفين عقلياً .

هناك عدد من الاعتبارات التي ينبغي علينا في ضوءها رعاية هؤلاء الأعداء الأهل بأني في  
مفسدتها الاعتبار الديني والأخلاقي حيث يشاء الدين والأخلاق على رعايتهم كما ورد  
في الحديث الشريف ( إنما يتصور الله هذه الأمة بصعيفها ) و ( إني أرى السعداء إنما

تسردون بصعائكم) . وهناك الاعتبار الاجتماعي الذي يقر حق كل فرد في التجمع أن يسهل الرعاية التربوية والتفسي للناسية . أما الاعتبار الإنساني الحضاري فيظهر في حق الشخص المعوق كإنسان في أن ينال الاهتمام اللازم . في حين ينظر الاعتبار الاقتصادي إلى أن تربية هؤلاء الأطفال لها عائد إنتاجي حيث يمكن نسبة كبيرة منهم تقدر بحوالي ٧٥ ٪ تقريباً إذا ما أحسن توجيههم وتعليمهم أن يحققوا التكيف المعيشي والاجتماعي، والمهني .

ومن هذا المنطلق تم وضع نظام تعليمي خاص هؤلاء الأطفال مثلته مدارس التربية الفكرية برعى مصالحهم التي يجب وضعها في الاعتبار عند تعليمهم ولين يجب أن ترضى من خلال إستراتيجيات التدريس، والبرامج المقصدة لهم . ويبرز من سجدات عدة ( ٢٠٠١ ) لهذه الخصائص على النحو التالي :

- عدم القدرة على التعليم بشكل فعال بل ببطء شديد .
- عدم القدرة على تحقيق مستوى تعليمي مقبول .
- انخفاض مستوى سرعة اكتساب المعلومات .
- توقع الفشل في التعلم بسبب عدم الكفاءة .
- الاعتقاد إلى الذاتية الذاتية للتعلم .
- الاعتمادية وعدم الثقة بالنفس .
- يكون موضع الضبط لديهم عاريجاً، وعادة ما يعرفون الفشل الآخرين .
- يعانون من مشكلات في الانتباه، والتذكر، والتركيز، واللغة .
- ضعف القدرة على تنظيم المعلومات .
- عدم القدرة على استخدام إستراتيجيات التعلم الصحيحة .
- ضعف انتقال أثر التعلم إلى المواقف المشابهة

## عدم إتقان الكامل في أداء المهام التعليمية .

- زيادة نسبة مساهم للمعلومات التي يكونوا قد تعلموها .

- عدم القدرة على تعميم أثر التعلم .

- قدرة محدودة على الرموز والتشريد .

وجدير بالذكر أنه يتم في هذه المدارس استخدام إستراتيجيات تدريس معينة وذلك تسهيّل تعلم هؤلاء الأطفال ، وتنظيم وترتيب بيئة التعلم بالنسبة لهم سواء في المدرسة أو المنزل وذلك لإشباع حاجاتهم ، وعلى الرغم من أن مثل هذه الإستراتيجيات قد تشبه تلك الإستراتيجيات التي يتم استخدامها في الفصول العادية وذلك مع الأطفال العاديين فإن هناك بعض التعديلات التي يتم إدخالها عليها حتى تناسب مع الأطفال المسجلين عقلياً . ولكن يوجد على مدارس التربية الفكرية لها مدول هؤلاء لأعداد من أهم العاديين ، وتعدّ غالباً من اتصالاتهم بهم وتفاعلهم معهم . ولذلك فإنّ، الخ، الحديث في هذا المجال يعمل على دمجهم مع أقرانهم العاديين في صفوف مدججه بالمدارس العادية . ومع أن مثل هذا الدمج لا يمكن أن يكون دمجاً كلياً في أغلب الحالات، بل يكون مجرد دمج جزئي وذلك في حصص النشاط على الأقل ، إلا أنه مع ذلك له أهميته حيث يعمل - وهذا هو الأهم - على تغيير اتجاه الأطفال العاديين نحو أقرانهم المسجلين عقلياً بما يريد من إقبالهم عليهم وتفاعلهم معهم . وإن كانت هناك فوائد أخرى يمكن أن تعود على الأطفال المتخلفين عقلياً من جراء هذا الدمج فإن أهم تلك الفوائد في رأينا هو ما ذكرناه من تغير اتجاهات الأطفال العاديين تجاههم حيث يمكن أن يساعدهم ذلك في تحقيق أي فوائد أخرى يمكن توقعها في هذا الصدد . ومع ذلك كانت بذهنا محاولات أخرى للدمج الكلي، إلا أن الدمج الكلي يتطلب الكثير من الإجراءات، والاستعدادات، والمقومات سواء البشرية أو المادية، إلى جانب الوقت، والجهد، والمال وهو الأمر الذي أرى أننا لا نستطيع أن نحققه في الوقت الزاهر على الأقل . ومع ذلك فقد كان الدمج الكلي يسير بشكل طيب في مدارسنا لبعض

الحالات، وبكس ذلك كان يتم بشكل عشوائي بعيداً عن أى مسق محدد، أو فلسفة معينة لتلك، ومن ثم فقد كان يتجح أحياناً، ويفشل أحياناً أخرى. ومن هذا، نستطيع فإن هذا الشكل لن يكون بطبيعة الحال هو ذلك الشكل أو النمط الذى يبحث عنه ن وقتنا هذا، بل يبنى أن تكون هناك فلسفة معينة، وإجراءات محددة، وسق معين، وتدریس، وتدريب، وإرشاد، وإشراف يتم بشكل منظم ومحدد وفق فلسفة معينة.

وقد أخذت محاولات الدمج شكلين بدأت بإخلاق المفروض عقلياً بمصنوع عادي، ثم تحولت إلى تعليمهم في فصول ملحقة بالمدراس العادية. وعندما تم إحق الأهل لمتخصص عقلياً بمصنوع العاديين رأى البعض أن ذلك يجعلهم يكتبون الخصائص السوية، ويساعدتهم على الاندماج معهم ومع الآخرين في المجتمع. ولم يكن لأهل المتخصص عقلياً بمصنوع للاحتياجات التي تعقد لأقرانهم العاديين وإغايم بفهم أساً حتى نهاية المرحلة أو حتى يتكون للفرصة وإن كان ذلك قبل أن يتموا تلك المرحلة. إلا أن هذا النظام قد واجهته صعوبات عديدة تمثل أهمها في أن الأطفال المتعلمين عقلياً لم يستفيدوا من ذلك لأن أقرانهم الأموياء يعطون في مستوى دراسي أعلى بكثير من مستوى إدراكهم هم وتعليمهم مما جعلهم مادة خصصة للتهكم، والسخرية، والسب من أقرانهم الأموياء مما أثر سلباً على تكامل القبول ونظام العمل إلى جانب أن المتعلمين غير مؤهلين للعمل مع هؤلاء الأطفال ذوي القدرات العقلية المحدودة فكان التفكير في تخصيص فصول خاصة ضمن مدارس العاديين لتأهيل الأطفال المتخصصين عقلياً لتحقيق هدف دمجهم مع أقرانهم الأموياء في الأنشطة غير المدرسية مما يتيح لهم التمتع، والتفاعل معهم، وإكسابهم العادات، والتقاليد السائدة في الجماعة مع راحة الفرصة لهم للحصول بالمعدل الذى يناسب مع قدراتهم العقلية، ومن ثم فإن هذا النظام لم يشعرهم بالسب، أو العزل، أو البعد عن أقرانهم العاديين.

ومن الأساليب والطرق للعاصرة التي تستخدم مع الأطفال المتعلمين عقلياً والتي بدأ استخدامها منذ أربعة عقود تقريباً طريقة التعليم المبرمج Programmed instruction

والتي تعد بمثابة مواد تعليمية أعدت بطريقة معينة بحيث يتم تعلم المعلومات والمهارات بتلاهد بصورة تمكنهم من الاعتماد على أنفسهم في التعلم ، ويمكن وضع هذه امواد التعليمية في كتب خاصة كأد تكتب التعليمات والأسئلة في صفحة والإجابة الصحيحة في صفحة تالية ، أو يكون هذا في جزء من الصفحة، وذلك في جزء آخر، ويطلب من الطفل أن يقرأ التعليمات والأسئلة ويجهز، عنها ، ثم يتأكد من صحة إجابته بالرجوع إلى الإجابات الصحيحة. كما يمكن أيضاً إعداد هذه امواد التعليمية بحيث تعرض بواسطة أجهزة تعليمية معينة فيتم تقديمها لهم بذلك على هيئة مشوات بصرية .

وقد وضع جيمس إيفانز James Evans أسساً معينة لربطة ملهج المتعلمين عقلياً وذلك على النحو التالي :

أ - مبدأ الخطوات الصغيرة . small steps ويتم فيه تقسيم الموضوع إلى خطوات صغيرة يمكن للطفل استيعابها بسهولة .

ب - مبدأ الاستجابة الفعالة أو النشطة : active responding ويقوم على إعداد العمل الوقت الكافي كي يبحث عن الإجابة الصحيحة يتعمق فيها ويذكرها كتابة أو يعبر عنها بيده . وبالتالي يكون إيجابياً في التعلم .

ج - مبدأ التصحيح الفوري : immediate confirmation ويقوم على معرفة الفصل تسمية تعلمه بسرعة فيعرف ما إذا كانت إجابته صحيحة أم خاطئة وذلك فور انتهائه من الإجابة وهو ما يساعده على سرعة التعلم .

د - مبدأ الكفاءة الشخصية : self-pacing ويقوم على إعطاء الطفل وقت كاف في كل خطوة من خطوات البرنامج وذلك بحسب قدرته على التحصيل ، ومن لم يفلح هو الذي يحدد سرعته في التعليم بعينه .

هـ - مبدأ اختبار البرنامج : program testing ويقوم هذا المبدأ على مراجعة سريعة وتعديل الخطوات التي تحتاج إلى تعديل ، وتبسيط الخطوات التي يخطئ فيها كثير من الأطفال وذلك من خلال تجربة التهج بعد برمجته .

### ثالثاً : التدخلات العلاجية :

تشتمل التدخلات العلاجية إلى تلك التدخلات التي تهدف إلى خفض حدة امشكلات الانفعالية والسلوكية المصاحبة للتخلف العقلي إلى جانب ما يمكن أن يصاحبه أيضاً من مشكلات واضطرابات نفسية . وتضمن المشكلات المصاحبة لتخلف العقلي كما يرى كندول ( ٢٠٠٠ ) Kendall اضطرابات معرفية كالغلاوس ، واضطرابات انفعالية كالالاكتئاب ، واضطرابات سلوكية كالعدوان وهدوء السنت ، كما يرى أن حوالى ٣٨ ٪ - ٦٥ ٪ تقريباً من المتخلفين عقلياً لديهم مشكلات سلوكية . كذلك فإن هذه التدخلات العلاجية تهدف إضافة إلى ذلك إلى تدعيم هؤلاء الأطفال على مهارة معينة وإكسابهم إياها ، أو إكسابهم سلوك معين معين اجتماعياً ، والحد من سلوك آخر غير مقبول اجتماعياً . وسوف يتم تناول مثل هذه التدخلات من خلال إلقاء الضوء على جملة من الأساليب العلاجية المعتمدة في هذا المجال والتي مستعرضها في النقاط التالية:

- أ - العلاج العلى .
- ب - العلاج السلوكى .
- ج - جداول النشاط للصوره .
- د - العلاج باللعب .
- هـ - السيكودراما .
- و - الإرشاد الأسرى .
- ز - العلاج للمعرن السلوكى .

وسوف يتم تناول هذه التدخلات العلاجية بشيء من التفصيل وذلك على النحو التالى :

## ١ - العلاج الطبي .

كما لا شك فيه أن الهدف من العلاج الطبي لا يتمثل بأى حال من الأحوال في استئصال من التخلف العقلي أو تحسين القدرات العقلية للطفل، ويرجع ذلك إلى أن التخلف العقلي لا يعد مرضاً بل إنه يعتبر بمثابة حالة عامة ، ومن ثم فالهدف من علاج الصبي يتمثل كما يرى هاندن ( ١٩٩٨ ) Handen في الحد من مشكلات السريرية والادعائية للمصابة للإعاقة ، ومن أمثلتها السلوك القوضي ، والأعراض الذهانية ، وبالشكليات المرتبطة بالانتباه . وتتركز الأعراض الذهانية في الأفراد الأكثر سوءاً تقريباً الذين تصدر عنهم في الغالب مشكلات سلوكية حادة . كما أن مصائد التشخيص يتم استخدامها بانتظام وذلك بعرض التحكم في تلك الوباءات التي قد يصيب الطفل بما ، وإلى جانب ذلك هناك نسبة من الأطفال المتخلفين عقلياً يقع في فئة ضريباً ما بين ٩ - ١٨ % يعانون من اضطراب الانتباه للصعوبات بالمشاكل المعرفية المعقدة AD/ID وهو ما يتطلب علاجاً طبياً هو الآخر .

وعلاوة على ذلك هناك علاج طبي للأم الحامل يعمل على الوقاية من حدوث تشعب العقلي كأن تعطى التطعيمات اللازمة ضد الأمراض المعدية التي لها علاقة بالإعاقة العقلية . ووقايتها من التعرض لأمراض فقر الدم والأنيميا ، ومراجعة الطبيب باستمرار أثناء الحمل ، والعمل على تجنب حدوث الولادة المتعسرة ، وإعطائها حقنة تشنج بالمعامل التريزيسي . ويجب أن نوضح أنه على الرغم من أهمية هذا العلاج الطبي فسيب يعمل بالأم الحامل فإنه في الأصل يرتبط بالوقاية من الإعاقة مما يجعله ضرورياً ، وإلى جانب ذلك فإنه تتم عملية تعبير دم للطفل الذي يعاني من الإعاقة نتيجة لمعامل التريزيسي . أما الطفل الذي يعاني من استسقاء الدماغ فيتم اللجوء إلى عملية جراحية ( بزل ) باستئصال من كمية من السائل المحيط بالمخ ، في حين يتم تحديد نظام غذائي معين للطفل الذي يعاني من اضطراب التشكيل القفالي .

## ٢- العلاج السلوكي

نشأ التدخلات السلوكية التي تستهدف للحد من المشكلات السلوكية ولإعانة لمنحرفين عقلياً تلك التدخلات التي يتم استخدامها مع الأفراد العائدين مع بعض التفسيرات فيها حتى تتلاءم مع المتخلفين عقلياً. وتعد التدخلات السلوكية هي أنسب التدخلات لعلاجية معهم وأكثرها فائدة لهم.

وتركز برامج التدريب السلوكية على تعليم الأفراد المتخلفين عقلياً مهارات معينة للوصول بهم إلى أداء وظيفي أكثر تكيفاً. وتعمل مثل هذه البرامج على تطبيق نظام مكافآت التي تأخذ أشكالاً متعددة، كما تعتمد أيضاً على استخدام تعزيز لاجتماعي كالانضمام، أو التناء لللفظي، أو الربط على الظاهر وهو الأمر الذي يكون له أثر إيجابي على هؤلاء الأفراد. وهذا وقد تم استخدام الأساليب السلوكية بشكل جيد معهم في سبيل الحد من سلوكهم الموضوي أو غير المرغوب اجتماعياً، أو السيطرة على سلوكهم العلوي، أو لتدريبهم على استخدام التواليت، أو ما شابه ذلك، أو إكسابهم سلوكيات مرضية. ومن العيانت التي يتم استخدامها في هذا الصدد التسميم السمعي، والتقليد، والتعجيز، والتركيز على الاستجابة الصحيحة دون الغاطلة. والتعزيز، والتغذية الراجعة أو المراجعة.

ونجسود البرامج السلوكية المستخدمة مع هؤلاء الأفراد إما برامج فردية يستطيع المرشد أو المعالج في ضوئها أن يستخدم الأسلوب الإرشادي أو العلاجي المناسب مع كل حالة في ضوء طبيعة المشكلة من ناحية، وخصائص الطفل المتخلف عقلياً من ناحية أخرى، كما يمكن أن تكون برامج جماعية بشرط توفر عدد من المحكات هامة من بينها ما يلي:

- ١- ألا يزيد عدد أفراد المجموعة العلاجية عن ستة أفراد.
- ٢- أن يكونوا جميعاً ممن يعانون من مشكلات متشابهة.
- ٣- أن تكون ظروف إعادتهم وشققاً تقريباً واحدة.



٤ - أن يكونوا متشابهين فيما بينهم من حيث العمر الزمني، والمستوى العقلي، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، ونسبة الذكاء .

٥ - أن يتم تدريبهم جميعاً على نفس المهارة .

### ٣ - جداول النشاط المصورة :

يرى عادل عبدالله (٢٠٠٢) أن جدول النشاط المصورة تأتي في إطار التوجه السلوكي في تعديل السلوك، وتعد أحد أحدث الاستراتيجيات التي يتم استخدامها مع هؤلاء الأطفال، كما أنها تتبع أحدث توجهات التي تنظم العمل في هذا الإطار والتي تمثل في المثبات المصورة حيث أنها تعمل على استخدام الصور الثابتة، ومع ذلك يمكن تطويرها واستخدامها كصور متحركة وذلك من خلال برنامج كمبيوتر، كما أن بإمكاننا أيضاً أن نستخدمها في إطار التوجه الآخر الحديث في هذا الصدد والذي يتمثل في الإرشاد الأسري وذلك من خلال تعديلها للوالدين، وشرح مفردات، وكيفية القيام بتصميم جداول شبيهة، ثم نطلب منها أن يستمر في استخدامها مع أطفالها بالتوازي كوع من استئناف التعريب عليها. وتهدف مثل هذه الجداول إلى تحقيق أهداف أو أغراض محددة تتمثل في ثلاثة أهداف أساسية هي :

١ - تدريب الطفل على السلوك الاستقلالي.

٢ - إتاحة فرصة أكثر للاختيار أمام الطفل وتدريبه على القيام بذلك.

٣ - تدريب الطفل على التفاعل الاجتماعي.

ونظراً لأن مثل هذه الجداول تعتمد في الأساس على الصور المختلفة، كما تعتمد في ذات الوقت على الأشياء أو أدوات اللعب الحقيقية التي يقوم الطفل باستخدامها في سبيل انقيادهم بذلك النشاط الذي تمكنه أي صورة تتضمنها أي صفحة من تلك الصفحات التي يتضمنها جدول النشاط للصور، والتي تعطى الإشارة للصبي كي يقوم بأداء هذا النشاط أو ذاك فإن جدول النشاط للصور عادة ما يتصلب خمس أو ست

صفحات تصمم كل منها بصورة واحدة تعكس نشاطاً معيناً ينبغي على المصمم أن يقوم به وذلك بالترتيب الذي يعرضه الجدول به على أن يقوم باستخدام تلك الأدوات التي يتم إحضارها لهذا العرض، ويتم وضعها على رف أو على منصة مجاورة أمامه حتى يسهل عليه الحصول عليها كي يقوم بالنشاط المستهدف.

وحتى يمكن للأطفال أن يقوم بذلك وفق هذا النسق الذي تقوم عليه جدران المشاهد المنصرفة، فإنه ينبغي عليه أن يدرك العصور المتضمنة جيداً، وأن يتعرف على ما تتضمنه من أدوات مختلفة، وأن يقوم بإحضارها من حيث يتم وضعها حتى يقوم بسك النشاط المستهدف. ولذلك فهناك ثلاث مهارات أساسية يتطلبها استخدام مثل هذه الجدران، ويتم إعداد جدول خاص بكل منها، وتمثل هذه المهارات فيما يلي :

١ - التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية.

٢ - التعرف على الأشياء المشاهدة، وإدراكها، وتمييزها.

٣ - إدراك التتابع بين الصورة وذلك للوضوح أو الشيء الذي نشر إليه

كما أن تلك الجدول تقوم في الأساس على تحليل الأنشطة المتضمنة في عدد من المجموعات، ثم الصغرة التي تمثل في مجملها ذلك النشاط الذي تعكسه الصفحة، ويمثل أداء تلك الخطوات أو المهام أو الوحدات الصغيرة أداء للنشاط المتضمن بصورة التي توجد في الصفحة المستهدفة. ويتم أداء كل نشاط منظم من خلال التدريب على مكونات النشاط، والقيام بما أو أدائها بشكل صحيح. وتمثل هذه المكونات فيما يلي :

١ - فتح الجدول، وقلب صفحاته المتضمنة، والوصول إلى الصورة المستهدفة.

٢ - الإشارة إلى تلك الصورة، ووضع الإصبع عليها، وتسميتها مع تحديد النشاط المطلوب.

٣ - إحصاء الأدوات اللازمة لأداء ذلك النشاط من حيث تم وضعها.

#### ٤ - القيام بالنشاط المستهدف .

• إعادة الأدوات إلى مكانها الأصلي الذي تم إحضارها منه .

وعلى الرغم من وجود خمسة مكونات لكل نشاط فإن بعض الأنشطة الاجتماعية لا تتضمن سوى ثلاثة مكونات فقط حيث لا تتطلب أدوات معينة لأداء النشاط المستهدف، وبالمثل لن يكون هناك إعادة للأدوات المستخدمة . كذلك فإن هناك جهات معينة لإعداد الجدول بما يضمن ويتضمنه من أمور مختلفة، واستخدامه، وتدريب الطفل على أدائه بما يتضمنه من أنشطة متعددة .

ومع أن مثل هذه الجدول قد تم إعدادها في الأساس للاستخدام مع الأطفال التوحدين فإننا قد قمنا باستخدامها مع الأطفال المتخلفين عقلياً وذلك في مجموعة من الدراسات التي قمنا بها . يفرض تعديل السلوك مثل هؤلاء الأطفال . ونريد من عموم من حول هذه الاستراتيجية، وكيفية استخدامها يمكن الرجوع إلى كتاب " جدول النشاط للصورة للأطفال التوحدين " .

#### ٤ العلاج باللعب :

يرى معهد العزة ( ٢٠٠١ ) أننا يمكن أيضاً أن نستخدم العلاج بالنصب مع الأطفال المتخلفين عقلياً . ويمكن أن يتم هذا التدخل العلاجي إما بشكل فردي أو بشكل جماعي ، فإذا كانت مشكلات الفرد المتخلف عقلياً من النوع الذي ترتفع بالتكيف الاجتماعي فإنه يفضل استخدام النمط الجماعي في حين قد كنت تلك مشكلات من النوع الذي يتصف بالاضطراب الانفعالي فيفضل استخدام النمط الفردي ، ويمكن من خلال العلاج باللعب الحد من سلوك غير مرغوب اجتماعياً ، أو إكساب الطفل سلوك مرغوب ، أو حتى تنمية مهارة معينة لديه . ولتثبت يجب أن تتوفر للعلاج باللعب غرفة تحتوي على أنواع وأشكال مختلفة من الألعاب وأدوات اللعب غير الدائمة للكسر حتى لا يؤذي الطفل بما نفسه أو غيره

#### • - السيكودراما :

يمكن استخدام السيكودراما كأحد التدخلات العلاجية في هذا الصدد مما يعطي لموظفي الفرصة من خلال لعب الدور وعكس الدور أن يعبر عن انفعالاته ووجهاته

الكسوتة بشكل حر مما يعمل على تفريغ المشحعات الانفعالية المكبوتة لديه . ومن ثم تعدد السيكودراما وسيلة جديفة للتعبير عن تلك المشحعات ، ويمكن استخدامها لتحقيق غرض الأهداف التي نعمل على تحقيقها باستخدام أى أسلوب آخر من أساليب العلاج النفسي . ومع ذلك لا بد من الحذر الشديد حتى لا نخلط بين كل من الدراما والسيكودراما .

## ٦ - الإرشاد الأسرى :

ولهدف «إرشاد الأسرى إلى إشراك أحد الوالدين، أو كليهما، أو أعضاء آخرين من النشئ الأسرى في العديد من البرامج التي يتم تقديمها هؤلاء الأطفال» . ولا تركز بحث البرامج على مشكلات الطفل للمخلف عقلياً فحسب، بل تركز أيضاً على مشاعر أعضاء الأسرة تجاه هؤلاء الأطفال وكيفية التعامل معهم مستخدمة في ذلك إجراءات بديل السلوك في سبل تربية طفلهم ذي الاحتياجات الخاصة . ولا يجرى عيباً في مثل هذه البرامج لو غوها لا تهدف إلى القضاء على التخلف العقلي ، كما أوضحنا من قبل حالة وليس مرضاً ، ولكن تلك البرامج تهدف إلى السيطرة على بعض الأصطلحات للمصاحبة مما يساعد الفرد للمخلف عقلياً وذلك بدرجة كبيرة في أن يحيا بشكل أفضل ، وأن يستعيد عما تبقى لديه من قدرات وإمكانات ، وأن يسلك بشكل مستقل ومقبول.

وإلى جانب ذلك فقد استخدمنا في بعض الدراسات التي قمنا بإجرائها شعباً من الإرشاد الأسرى يقوم على إرشاد والدي هؤلاء الأطفال في سبل استئناف للتربية أطفالهما هؤلاء على استخدام جداول النشاط المصورة في السياق الأسرى بفرض تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية . وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية هذا الأسلوب الإرشادي في هذا الصدد مما أدى إلى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية هؤلاء الأطفال للتخلف عقلياً من جراء ذلك . كذلك فقد تم اللجوء الأسرى في مقاييس جداول النشاط المصورة، ثم اجمع بينهما كنوع من الإرشاد والعلاج

الكاملين كما يمكن إلى جانب ذلك إرشاد الوالدين إلى ضرورة استخدام الأساليب التربوية السليمة في تنشئة أطفالهما للتخلفين عقلياً والتي تتطلب البعد عن الأساليب انبساطية حتى لا تزيد من مشكلات مثل هؤلاء الأطفال. ومن هذه الأساليب حماية المرأة ، والتبديد ، والإهمال ، والتمرد في المعاملة ، ومناقبتهم جسدياً ، والرفض وعدم التقبل ، والحرمان . والأهم من ذلك هو انبساطهم وانتماءات أعضاء النسخ الأسري نحو أبائهم للتخلفين عقلياً ، وتدريب هؤلاء الأبناء على القيام بالأدور الأسرية والأعمال المنزلية البسيطة مما يساعدهم على التكيف مع البيئة المحيطة. ولا يحتاج مع من فيها.

## ٧ - العلاج للمعوق السلوكي :

بعد هذه ذوى الإعاقة العقلية يرجع عام وللتخلفين عقلياً على وجه الخصوص كما يرى عادل عبد الله (٢٠٠٠) من أكثر المعوقات التي لم تلق أي اهتمام من قبل في التصحيح الإكلينيكي للعلاج للمعوق السلوكي ، وربما يرجع ذلك إلى أن أعضاء هذه الفئة تقصيرهم الكفاءة العملية والقدرة على التنظيم الذاتي . self regulation وبالتالي فإن الاهتمام بهذه الفئة واتساع نطاق تطبيقات العلاج للمعوق السلوكي عليه يمثل تطوراً جديداً لكل من العلاج للمعوق السلوكي والاهتمام بأعضاء هذه الفئة بعد تطبيق هذا الأسلوب العلاجي على ذوى الإعاقة العقلية من الانتماءات الحديثة في هذا المجال بدأ في نهاية الثمانينيات وازدهر خلال التسعينيات ، وأوردت الدراسات التي تناولته زيادة كبيرة تعكس هذا الاهتمام المتزايد .

وإذا كان هذا الأسلوب العلاجي يهتم بالصبط الذاتي للسلوك من جانب أعضاء هذه الفئة فإن هناك النماذج للعلاج للمعوق السلوكي يرتبطان بالتخلفين عقلياً يقوم الأول منهما على التعليم الذاتي self-instruction أو التنظيم الذاتي self-regulation لتعديل السلوك ، ويهتم بتدريب أعضاء هذه الفئة على أداء مهارات معينة مع مراعاة العصر الموجود لدى هؤلاء الأفراد في الأداء اللفظي ، ومن ثم كان يقوم بالحدود

ب. ستفقد أفعالهم عيالتهم من هم عند حد أدنى معين في الأداء اللفظي حيث يعتمد هذا الانحياز على التفسيرات اللفظية الذاتية . أما الاتجاه الثاني فقد تطور عن مزيج وأساليب العلاج النفسي ، ويهتم بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها أعضاء هذه الفئة والتي تعتبر عصبلة لمعارفهم المشوكة بما تتضمنه من صور واستنتاجات وتفسيرات تعد الاضطرابات السلوكية نواتج لها . ويسر هذا الاتجاه في ضوء النهج الذي يسله Beck وليس Ellis . وفي هذا الإطار قام ترلور وآخرون Trower et. al في نهاية عقد الثمانينيات بتطوير نموذج في إطار هذا المي المعالجى بعد تحديثه نموذج للحدث - الاعتقاد - النتيجة antecedent - belief - consequence والتي تكسب اهتماماً ABC على عرار نموذج إليس بصلح للاستخدام مع الأطفال المصحين عصبياً . ومع ذلك يظل استخدام هذا النموذج في العلاج يتطلب ثلاثة أشياء أساسية هي .

أ - أن يقوم الفرد بتعبير وتحديد الحدث ( الحدث ) والفكرة المستنتجة المرتبطة به ( الاعتقاد ) والنتيجة السلوكية أو الانفعالية المرتبطة عليه ( النتيجة ) .

ب . أن يدرك الفرد أن النتيجة ترتبط تماماً بالاعتقاد وليس بالحدث .

جـ . أن يدرك الفرد أن الاعتقاد عرضة للتحقق من صحته .

ومن الأساليب أو التكنيكات العلاجية التي تستخدم مع أفراد هذه الفئة تلك الأساليب السلوكية ذات تلكون المعرف ، ومن أهمها الضبط أو التنظيم الذاتي لسلوكه ، والتدريب على التواصل . ويعرف التنظيم أو التعليم الذاتي مسرودة بأنه نعم نهجرات اللازمة لإحداث التغير في مسرودة الرد والتي تعمل كموجه لمسار سلوكه بعد ذلك ، وهناك برنامج مقترح يتضمن ست خطوات لتعليم التنظيم الذاتي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة بوجه عام ومن بينهم بطبيعة الحال أولئك الأطفال الذين عبق ، ويمكن عرض هذه الخطوات كالتالى :

## ١ - الشرح والتفسير والمناقشة : explanation

وبمعنى مناقشة السبب الذى من أجله نعتبر نمطاً سلوكياً معيّناً أو مهارة معينة على درجة كبيرة من الأهمية .

## ٢ - التعيين : identification

وبمعنى مساعدة الطفل في التعرف على أمثلة أو نماذج من السلوك الذى يتم تدريسه عليه .

## ٣ - النمذجة : modeling

ويقوم المعلم أو أحد الأقران بنمذجة المهارة المطلوب تعلمها أو السلوك المستهدف .

## ٤ - التمييز : differentiation

وبمعنى تعويد الطفل التمييز بين الأمثلة أو النماذج للالتزمة وغير الالتزمة من المسموح

## ٥ - لعب الدور : role-playing

ويدرس الطفل عن طريقه السلوك المستهدف مع وجود تقديرة راجعة أو مرتدة

## ٦ - التقييم : assessment

ويتم التأكيد على فترات منتظمة من أن الطفل قد اكتسب المهارة المستهدفة أو السلوك المستهدف مع مرور الوقت .

وبن جانب ذلك يتم تدريب هؤلاء الأطفال على التواصل ، ويتضمن ذلك العبد من عناصر الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك، ويعمل على خفض حدة السلوك غير المرغوب فيه ، ويمكن توظيفه في العديد من المواقف المختلفة سواء كان التواصل رمزياً أو غير رمزى حيث يمكن تدريبهم على جذب انتباه الآخرين أو الاهتمام بهم أو طلب الطعام على سبيل المثال . وهناك عدد من العوامل تلعب دوراً هاماً في تعلم هؤلاء الأفراد التنظيم الذاتى للسلوك والتواصل يأتي في مقدمتها

دمجهم مع أقرانهم العاديين في المدرسة حيث يتيح ذلك أمامهم متسعاً من الخيارات  
لنمى مهارات المطابقة ، ويساعد في الامتناعية بشكل مناسب لمعالجة هؤلاء  
الأفراد ، ويرمز لهم العديد من الأساليب كي يصبحوا أكثر خبرة في السيطرة على  
سلوكهم وتحتكم فيه ، وفصل أثر التدريب إلى مواقف أخرى شبيهة ،  
والاستخدام الجيد للغة وهو الأمر الذى يساعد على تحقيق الاستقلالية بشكل  
مقبول .

هذا ويمكن استخدام ذلك الأسلوب العلاجي لتدريب الأطفال المتخلفين عقلياً  
على حل المشكلات الاجتماعية وذلك بعد تدريبهم بطريقة الحلال على مهارات  
الاجتماعية من خلال التنظيم الذاتي للسلوك إذ يختلف حل مشكلات  
الاجتماعية عن التدريب على المهارات الاجتماعية ، فهي حين يعمل التدريب على  
إدراك الاجتماعية على اكتساب العقل استجابات تتناسب مع المواقف الاجتماعية  
التي يمر بها فإن حل للمشكلات الاجتماعية يشير إلى عملية اكتشاف مسلة من  
التصرفات أو السلوكيات لها فاعليتها في مواجهة للمشكلات اليومية وهو ما يأتي بعد  
التدريب بطريقة الحلال أى أن التدريب على المهارات الاجتماعية يسبق حل  
مشكلات الاجتماعية ، وبالتالي يمكن تطبيق حل المشكلات الاجتماعية على عدد  
كبير من المواقف ، كما يمكن تعميمه على مشكلات تحمل ظهورها في المستقبل .  
ويحتاج الأطفال المتخلفون عقلياً إلى كم كبير من التدريب على هذا الأسلوب نظراً  
لوجود نمط الأنماط من السلوك الاجتماعي غير المرغوب التي تصدر عنهم ، ولذلك  
فهناك اقتراح يرى تدريب هؤلاء الأفراد على هذا الأسلوب العلاجي في خمس  
محطات على أن تتراوح مدة التدريب بين أربعة إلى ثمانية أسابيع ولا تتعدى ذلك مع  
زيادة عدد الجلسات خلال هذه الفترة بقدر المستطاع ، واستخدام الأسئلة «قصيرة  
أو جانب التعزيز المستمر» وتمثل هذه الخطوات فيما يلي .

١ - التعرف على المشكلة المراد حلها وتحديد ما



٢ - التفكير للوحه لتحقيق أغراض معينة .

٣- لتفكير الوسيلى أو الذى يتضمن الثابة والوسيلة .

٤- التقييم والتخاذ للقرار .

٥- التوصل إلى الحل .

هذا ومن المهارات الاجتماعية التى يمكن تعليمها هؤلاء الأطفال المراحل بالعين ، والتعبير الوجهى ، والإنشاء على للسافة الاجتماعية ، وعصا الصصوت ، والتبرعيب بالأصصير ، والتحدث مع الأصصير ، واللعب والمسل مع الأصصير ، وبعث ، لإنشاء ، أو طلب المساعدة - ويمكن تحقيق ذلك خلال ست خطوات كالتى :

١ - التعرف أو التعيين : ويعنى تحديد المهارة المستهدفة وبيان أهميتها .

٢ - نمذجة المهارة : وذلك بتدعيمها من خلال نموذج سواء كان المودع حياً أو رمزياً من خلال الفيديو أو الأفلام أو التلام الكرتون .

٣ - التقليد : ويعنى محاولة الطفل أن يودى نفس المهارة التى يكون قد م أدائها أمامه .

٤ - التغذية الراجعة : ويمكن استخدام الفيديو مثلاً لتوضيح أنه م يود المهارة المطلوبة كما يسمى مما يسهم فى تحسين أدائه .

٥ - إتاحة الفرصة أمام الطفل لاستخدام المهارة : وذلك من خلال شراكه فى العديد من الأنشطة المتنوعة .

٦ - التعزيز : ويتم بشكل مادى أو لفظى كالمكافأة أو الثناء .

أما فيما يتعلق بالاضطرابات الاتصالية فلا تزال هناك صعوبات عديدة تحول دون استخدام لعلاج المروق السلوكى معها بشكل مناسب وذلك بالنسبة للمتخصصين عصبياً وتمثل غالبية هدد الصعوبات فى تلك الخصائص التى يتم بها هؤلاء الأفراد حسب ، وتفعاليها ، وعقلها ، واجتماعياً ، وسلوكياً ، إلى جانب الظروف البيئية المحيطة

كما أن الخلل الموجود في السق للمرق لأعضاء هذه الفئة لا يجعل لديهم معرو ثابتة، ويتسرب على ذلك أن يصبح من الصعب التأكد من أن المتعريف التي سوف تحدث تعود إلى هذا الأسلوب العلاجي أم لا .

#### - نماذج حيوية من التدخلات العلاجية :

هناك نموذجان أساسيان يمان في طلبة الأبحاث الحديثة التي يتم استخدامها في التدخلات العلاجية المختلفة للأطفال المتعلمين عقلياً حيث تقوم تلك البرامج على أحد هذين النموذجين ، الذين يمثلان فيما يلي :

#### أ - نموذج تحليل العمليات :

يقوم هذا النموذج على أن هناك اضطرابات داخلية لدى الطفل تعد هي المسئول مباشر عن المشكلات السلوكية والأكاديمية التي يتعرض لها . ولست يجب أن تكون البرامج العلاجية والتربوية بمثابة برامج تعويضية تعمل أولاً على معاجلة «الاضطراب الداخلي» ( الأسباب ) وليس الأداء السلوكي أو الأكاديمي ( النتيجة ) . ومن «الاضطرابات الداخلية» لدى الطفل المتعلم عقلياً اضطرابات إدراكية حركية ، أو بصرية إدراكية ، أو قسمة لغوية ، أو جمعية إدراكية . ولذا يتم تدريب الطفل على المهارات الإدراكية والحركية كالقوسح - الجسعي ، والتوازن الجسعي ، والتنسيق الجسعي . وإدراك الأشكال ، وإدراك الاتجاهات .

#### ب - نموذج المهارات :

ويعمل هذا النموذج على تحليل أنماط الاستجابات غير المناسبة، ويحدد سبب المشكلة في ضوء هذا النموذج في الطفل وليس الاضطراب الداخلي، وبدلت يتم منحهم إلى تحليل المهارات ، والتدريب المباشر والتكرار ، والتقييم المباشر والتكرار مستوى التحسن في أداء الطفل . ويمكن أن تدخل جدول النشاط بصورة في إطار هذا النموذج حيث يتم من خلالها تعليم الطفل وتدريبه على مهارات معينة وأنشطة متعددة من خلال التدريب على مكونات النشاط ، وتكرار التدريب ، والتوجيه

سواء البدوى أو اللفظى ، والإشارات التى تهدف إلى تذكرة الطفل بما يسعى إليه ،  
 بعض ، إلى جانب التحفيز ، ويمكن أيضاً من خلالها تعليم الطفل العديد من مهارات  
 المحسنة كالمهارات الاجتماعية ، وللمهارات اللغوية ، والمهارات الحركية ،  
 والمهارات الحسية ، وغيرها من المهارات الحياتية المختلفة التى يكون من شأنها أن  
 تنص بالطفل إلى السلوك الاستقلالى .

### تأهيل المتخلفين عقلياً :

ترتبط برامج التأهيل بمرحلة للمراقبة ، وتعمل على إعادة الفرد الذى يعاني من  
 قصور بدنى أو عقلى إلى المجتمع بحيث يندمج فيه ، ويتوافق معه ، وبه راس فيه ،  
 ويعتمد على طاقاته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن . ويعنى التأهيل habilitation  
 مساعده أولئك الذين لديهم جوانب قصور وظيفية تبدأ منذ وقت مبكر من حياتهم  
 على تحقيق الاستقلالية والاندماج فى المجتمع ، أما إعادة التأهيل rehabilitation  
 فتعنى إعادة الفرد للتخلف عقلياً إلى المجتمع ، واندماجه فيه بشكل أكثر فاعلية ، وفى  
 بعض التربية الخاصة يتم استخدام هذين المصطلحين بنفس المعنى ، وسواء كان هذا أم  
 ذلك فإن المقصود به هو الاستخدام للتكامل وليس للوسائل الطبية والاجتماعية ،  
 والسعيية ، والمهنية لتدريب أو إعادة تدريب الفرد التخلف عقلياً بما يؤدى إلى تحسين  
 قدراته الأدائية ، ويساعده بالتالى على أن يتمكن من الاندماج فى المجتمع ، وإذا تم  
 العمل مع الجوانب المهنية للفرد التخلف عقلياً ، ولدت محاولة تنمية قدراته المهنية مما  
 يساعده على أن يصبح فرداً منتجاً فإن ذلك يرتبط شاملاً بالتأهيل المهني vocational  
 هذا وتعتمد فلسفة التأهيل ومبادئه على عدد من المبادئ من أهمها طبيعة الفرد المعوق  
 وخصائصه المميزة ، وحقه فى المساواة مع أقرانه العاديين فى المجتمع ، وحقه فى تقرير  
 مصيره ، وحقه فى المشاركة بفاعلية فى حياة المجتمع والاندماج فيه ، وتركيز على  
 جوانب القوة لديه ، وتسمية سلوكياته ومهاراته وقدراته المختلفة إلى حسب لاهتمام  
 بتعديله وتغيير الظروف البيئية .

ومن الجدير بالذكر أن عملية التأهيل تتم في خطوات متتابعة وذلك على مدى ثلاث مراحل تمثل أولها في دراسة الحالة وتقييمها حيث يتم إجراء الدراسة الأولية اللازمة وحصول على أي بيانات قد تقيد في عملية التأهيل ، ثم إجراء التقييم اللازم في الجوانب النفسية، والاعتمادية، والمهنية، والتعليمية حيث يتم من الناحية مطبقة التعرف على للشكالات التي ترتبط بالوحي الجسمي ، والتعرف على العيون المرتبطة بالحواس، والنطق، والكلام، والقوام، وغير ذلك من الاضطرابات المختصة التي قد تعاني منها الحالة . ومن الناحية النفسية يتم تقييم الأداء العقلي للمصدر المعوق ( الحالة ) وتحديد مدة ذكائه ، والوقوف على جوانب الفصول في سلوكه التكيفي وذلك من خلال استخدام أحد مقاييس السلوك التكيفي أو البدائل المتاحة . وإلى حسب ذلك قد يتطلب الأمر التعرف على ميول هذا الفرد اهتماماته . بينما يتم من الناحية الاجتماعية التعرف على ظروف الفرد وشأته وظروف أسرته ، وأهم احتياجات الاجتماعية له ولأسرته . أما من الناحية المهنية فيتم التعرف على خصائص المهنة لفرد وميوله واستعداداته وقدراته المهنية وإمكانية قيامه بأعمال معينة معينة . ومن الناحية التعليمية يتم التعرف على مستوى الفرد في الكتابة والقراءة والحساب . بينما تمثل المرحلة الثانية في التشخيص والإرشاد ، وتتم من خلال تشخيص الحالة بدقة وتحديد أوجه القصور التي تعاني منها وذلك من خلال التقارير التي تكوّن قد تجمعت لدى المرشد والتي تساعد على تشخيص الحالة بدقة ، وتحديد حاجات الفرد في المجالات المختلفة . يلي ذلك تقديم الإرشاد اللازم وذلك بالاشتراك مع أسرة الفرد لتتخلل عهلاً ، ثم إعداد خطة التأهيل الفردية اللازمة له ، وتحديد الخدمات التأهيلية التي يجب أن تقدم له . في حين تمثل المرحلة الثالثة في تقديم الخدمات اللازمة لتأهيل تلك الحالة سواء بدنياً ويتضمن ذلك الرعاية الصحية ، وإجراء الجراحات اللازمة ، وتدريبه قد يحتاجه الفرد من أجهزة تعويضية ، وتصحيح عيوب القوام ، أو كان الفاعل مهنياً من خلال إكسابه مهارات تتعلق بالمهنة التي وقع الإختيار عليها وذلك بتحصينه مسوك العمل إلى مكرنات أو أجراء صغيرة أي مهام مع استخدام التعزيز عند

إنه كل مهمة ، أو كان ذلك في شكل برامج تعديل السلوك أو برامج التدريب على التوافق الشخصي والاجتماعي من خلال التدريب على السلوك التكملي وبعض السمات وعلاج بعض المشكلات للتخصصية كمشكلات اللفظ والكلام التي قد يتعرض لها على سبيل المثال . يلي ذلك إلحاق الفرد بعمل معين يكون قد تم تدريبه عليه وتأهيله من هذا المنطلق ، ثم متابعة الحالة للوقوف على مدى الاستفادة من البرنامج ، ومتابعة مدى تطورها للتأكد من مدى تحقق الأهداف ومدى اندماج الفرد في المجتمع .

ويجب عند تأهيل حالات التخلف الفعلي أن يتم استبعاد الحالات ذات الإعاقات متعددة حيث يتم تأهيلها في مراكز أخرى متخصصة في ذلك . ويتم التأهيل من خلال مكاتب التأهيل المنتشرة في أنحاء كثيرة والتي تقدم خدمات التوجيه والإرشاد بلهني وتعتمد على مصادر وإمكانات البيئة في ذلك ، فستتطلب المستشفيات وجوده ومراكز ومراكز ومراكز التدريب والورش والمصانع ، وما إلى ذلك . أما مراكز التأهيل المتخصصة فتشتمل على معظم خدمات التأهيل من الناحية الطبية ، والتدريب المهني ، والتدريب على الاستقلالية ، والتوافق ، والخدمات الاجتماعية . كما أن عدد مراكز تعمل على توفير الإقامة الداخلية لبعض الحالات التي يتم تأهيلها فيها . ومن ناحية أخرى فإن مراكز التأهيل الشاملة تضم أكثر من فئة واحدة من فئات الإعاقة وتعمل على تقديم التأهيل اللازم لها .



## المراجع

- ١- أحمد حكاكة (١٩٩٢)؛ الطب النفسي للعاصر . ط٨- القاهرة، مكتبة الأنجلو  
مصرية .
- ٢- أسماء عبدالله العطية (١٩٩٥)؛ تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى عينة  
من الأطفال المتخلفين عقلياً بدولة قطر . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية  
التربية بجامعة الزقازيق .
- ٣- أحمد محمد عطية عبدالله (٢٠٠٠)؛ مدى فاعلية برنامج مقترح للرعاية التربوية  
والتمهيدية في تنمية بعض جوانب الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ،  
رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة  
البحر .
- ٤- جمال محمد سعيد الخطيب (١٩٩٢)؛ تعديل السلوك للأطفال المعوقين، ديس  
الآباء والمعلمين . عمان، دار إشراف للنشر والتوزيع .
- ٥- سعيد حسني الحرة (٢٠٠١)؛ الإعاقة العقلية، عمان، الدار العلمية السورية  
لنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع .
- ٦- سعيد عبدالله ديس (١٩٩٨)؛ فاعلية تعزيز التعاضلي للسلوك الآخر في  
حفص السلوك المنحرف للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم . ندوة علم  
النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي . كلية التربية جامعة قطر .

- ٧ - عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢)؛ حوار الشاطئ المصورة للأطفال التوحشيين  
ورمكية استجفانها مع الأطفال المعاقين عقلياً - القاهرة، دار الرشاد.
- ٨ - عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠)؛ العلاج المعرفى السلوكي، أسس وتطبيقات،  
القاهرة، دار الرشاد.
- ٩ - عادل عبدالله محمد (١٩٩١)؛ اتجاهات نظرية في سيكلوجية نمو الطفل  
والمراهق، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٠ - عبدالرحمن سيد سليمان (١٩٩٩)؛ سيكلوجية ذوي الحاجات الخاصة، ج ٤  
- الأساليب التربوية والبرامج التعليمية، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- ١١ - عبدالعزيز السيد الشخصى (١٩٩٧)؛ اضطرابات التلقين والكلام: علميتها  
مشخصتها - أنواعها - علاجها، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- ١٢ - عبدالعزيز السيد الشخصى (١٩٩٤)؛ مدخل إلى سيكلوجية عمر العديدين  
القاهرة، المكتبة للفية الحديثة.
- ١٣ - عبدالعظيم أمين القريظى (٢٠٠١)؛ سيكلوجية ذوي الاحتياجات الخاصة  
وتربيتهم، ط٣- القاهرة، دار الفكر العربي.
- ١٤ - عمر بسى اغطاب، خليل (١٩٩١)؛ التشخيص العارف بين التتحف المعلى  
واضطرابات الانتباه والتوحد - مجلة دراسات نفسية، م١، ج ١٣ ص ٥١٣ -  
٥٢٨.
- ١٥ - كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٩)؛ مرجع في علم التحف المعلى، ط٢ -  
الكويت، دار النشر للجامعات.
- ١٦ - كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٤)؛ فتدعل المبكر في رعاية التحف المعلى  
ودور الإرشاد النفسى فيه - المؤتمر الدولي الأول لمركز الإرشاد النفسى، مكة  
عين شمس.

١٧- محمد محروس الشبلوي (١٩٩٧)؛ الخلق العلي؛ الأسباب الشحصية  
الرواج، القاهرة، دار عريب للطباعة والنشر والتوزيع.

١٨- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩)؛ المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض  
ICD-10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية؛ الأوصاف السريرية  
( الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية. ترجمة وحدة الطب النفسي  
بكلية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة، الإسكندرية، المكتب  
الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية.

19.American Psychiatric Association(1994), Diagnostic and statistical  
manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed.,DSMIV,Washington,DC-author.

20 Arunson, M.etal. (1997) ; Attention deficits and autistic spectrum  
problems in children exposed to alcohol during gestation A follow  
up study. Developmental Medicine and Neurology, v39, n4

21. Einfeld,S.L. & Aman,M.(1995); Issues in the taxonomy of  
psychopathology in mental retardation. Journal of Autism and  
Developmental Disorders, v25, n1.

22 Handen, B.L. (1998) , Mental retardation. In E. Mash & R. Barkley  
(eds.),Treatment of childhood disorders. 2<sup>nd</sup> ed.,New York  
Guilford Press.

23.Hook, E.B.etal. (1990); Factual, statistical and logical issues in the  
search for a paternal age effect for Down syndrome. Human  
Genetics, v85, n3.

24.Johnson, C.R.etal.(1995) ; Psychiatric and behavioral disorders in  
hospitalized preschoolers with developmental disabilities. Journal  
of Autism and Developmental Disorders, v25, n1.



- 25.Kendall, Philip C.(2000), Childhood disorders. UK; Crownwall,TJ International Ltd.
- 26.Madsen, R.(1990); Mental retardation in adulthood. In M.Hersen & C.Last(eds.), Handbook of child and adult psychopathology:A longitudinal perspective. New York: Pergamon Press.
- 27.Mazzocco, M.etal.(1997); Autistic behaviors among girls with fragile X chromosome. Journal of Autism and Developmental Disabilities, v27, n3.
- 28.Rubenstein, J.L.etal.(1990) ; The neurobiology of developmental disorders. In B.Lahey&A.E.Kazdin(eds.); Advances in clinical child psychology, v13. New York: Plenum Press.
- 29.Scott, S.(1994), Mental retardation. In M.Rutter,B.Taylor,& L.Hersov (eds.); Child and adolescent psychiatry. Oxford, UK Blackwell.
- 30.Sternberg, R.J.& Grigorenko,E.(1999); Genetics of childhood disorders Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v38, n4.
- 31.World Health Organization WHO (1992); International Classification of diseases. 10<sup>th</sup> ed., ICD-10. Geneva, author.

• • •



## الفصل الثالث

### **اضطراب التوحّد**



## مُتَعَلِّقَاتُ

يعد اضطراب التوحد autism وهو اضطراب نمائي عام أو منتشر شكلاً من أشكال إعاقة عقلية حيث يتأثر الأداء الوظيفي العقلي للطفل سلباً من جراءه، ويكون مستوى ذكاء الطفل في حدود التخلف العقلي البسيط أو المتوسط. وهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بهذا المجال على أن اضطراب التوحد يعتبر عاقلة عقبية معقدة، وأنه من هنا للمطلق يعد إعاقة عقلية واجتماعية في ذات الوقت، ووعداً بتلك الإحصاءات التي نشرها الاتحاد القومي للدراسات وبحوث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية وذلك في يناير عام ٢٠٠٣ فإن نسبة انتشار التوحد قد ارتفعت بنسبة كبيرة للغاية حيث أصبح متوسطها ١: ٢٥٠ حالة ولادة بعد أن كانت قبل ذلك مباشرة وفقاً لتلك الإحصاءات التي نشرتها الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America في عام ١٩٩٩ قد بلغت ٤-٥ أفراد لكل عشرة آلاف حالة ولادة، وقد أدى ذلك ببطيئة الحال إلى أن تجاوز اضطراب التوحد سلامة أعراض داون في الترتيب بعد أن كانت تلك للتلازمة تسبقه، وبذلك أصبح اضطراب التوحد هو ثاني أكثر الإعاقات العقلية انتشاراً ولا يهبطه في ذلك سوى التخلف العقلي فقط، أم متلازمة أعراض داون فتأتي بعده مباشرة .

ومن الجدير بالذكر أن هذا الاضطراب كاضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب النمو الأخرى، وليس على الجانب العقلي أو الجانب الاجتماعي فقط، بل إن الواقع يشهد أن أغلب جوانب النمو تتأثر به، وهو الأمر الذي يفرده به هذا الاضطراب دون سواء من الإعاقات العقلية الأخرى سواء سواء التخلف

العقلي، أو متلازمة أعراض قانون حيث لا يوجد في أي منهما ما يمكن أن يكون كذلك. ومن بين تلك الجوانب التي يمكن أن تتأثر مثل هذا الاضطراب ما يلي :

١- الجانب العقلي للعرق.

٢- الجانب الاجتماعي.

٣- الجانب القوي وما يرتبط به من تواصل.

٤- الجانب الانفعالي.

٥- اللعب.

٦- السلوكيات.

هذا وقد شهد اضطراب التوحد تحولات متعلقة في تصنيفه وتشخيصه، ولا يخفى على أي كمال نعيم من هذه التحولات يمكن أن يمثل مرحلة معينة من تلك المراحل التي مرت بها عملية التشخيص والتصنيف تلك. ففي البداية لم يكن هذا الاضطراب معروفاً قبل أن يكشفه ليو كانر Leo Kanner عام ١٩٤٣ أثناء دراسته لسبوكيت مجموعة من الأطفال للتخلف عقلياً، ووجد أن ما يصدر من سلوكيات عن أولئك الأطفال يختلف بلوحة كبيرة في جوانب كثيرة مما عما يصدر عن أقرانهم المتخلفين عقلياً، وما أكد كانر أنهم يمثلون فئة أخرى غير التخلف العقلي بطبيعة الحال. وقد تم بعد ذلك انقراط إلى هذا الاضطراب وتشخيصه على أنه نمط من قصور الصورة مع أن الفرق بينهما يكاد يكون واضحاً كما ستوضح فيما بعد. وفي عام ١٩٤٤ اكتشف الطبيب النمساوي هانس أسبرجر Hans Asperger متلازمة أعراض مرضية تمثل أحد أنماط اضطراب طيف التوحد سميت باسمه فيما بعد Asperger's syndrome وبكلماتها لا تتفق مع اضطراب التوحد- مع أنها أحد أنماطه- إلا في وجود اضطراب أو قصور في الجانب الاجتماعي للطفل، إلى جانب بعض مشكلات بسيطة في الجانب القوي بينما تكون نسبة الذكاء مرتفعة، ومن ثم فإن هناك مراهبين من بين أولئك الذين يعانون من هذه المتلازمة.

ومع ظهور أول إشارة لتلك الاضطراب في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية وذلك في الطبعة الثالثة منه DSM III عام ١٩٨٠ تم في الطبعة الثالثة للتحفة من ذات الدليل DSM-III-R في عام ١٩٨٧ تحت الإشارة إليه على أنه اضطراب سلوكي. ومع أن هناك سلوكيات معينة تدل على ذلك الاضطراب حيث تظهر أعراضه على شكل تلك السلوكيات، ويمكن الاستدلال عليه من خلال مثل هذه السلوكيات حتى وقتنا الراهن، فإن ذلك لم يعد كافي بفرق، وأصبح يتم النظر إلى ذلك الاضطراب منذ ظهور الطبعة الرابعة من ذات الدليل DSM-IV في عام ١٩٩٤ على أنه اضطراب عمالي عام أو منتشر pervasive developmental disorder له انمكاساته السلبية على العديد من جوانب النمو الأخرى وفي مقدمتها الجانب العقلي للفرق لدرجة أن هناك كما أوضحنا من قبل شبه إجماع على أنه إعاقة عقلية معقدة، بل إنه بعد أحد ثلاثة أنماط أساسية للإعاقة العقلية، وثانيها، مشابهاً على مستوى العالم وذلك بحسب معدلات انتشاره.

وهذه آراء تعتقد أنه لو أننا أضفنا إلى معدلات انتشار مثل هذا الاضطراب تلك المعدلات أو النسب أو الحالات التي تم تصنيفها (بشكل خاطئ) في كل مرحلة من تلك المراحل التي مر بها هذا الاضطراب في تشخيصه على أنها تعاقب منه وذلك بحسب ما كان يطلق عليه آنذاك سواء فصام الطفولة، أو اضطراب سلوكي، أو ما يدرك ذلك فونسا سوف نلاحظ دون شك أن هناك أعداداً إضافية سوف يتم إضافتها إلى النسب الحالية وهو ما يمكن أن يغير من الصورة الراهنة إلى درجة كبيرة أو صفرية بحيث يحدت تغير من جراء ذلك.

### الاضطراب العمالي العام أو المنتشر

بعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب عمالي عام أو منتشر pervasive developmental disorder ومن الجدير بالذكر أن مصطلح الاضطراب العمالي العام أو منتشر يستخدم في الوقت الراهن للإشارة إلى تلك المشكلات النفسية الحادة التي

يبدأ ظهورها خلال مرحلة المهد، ويتضمن مثل هذا الاضطراب قصوراً حاداً في عدد من السمات التي يكون من شأنها أن تميزه عن غيره من الاضطرابات الأخرى هي :

١- نمو الطفل للمشي.

٢- نمو الإحتمالي.

٣- نمو الانفعال.

٤- السلوك.

ويعد ذلك بطبيعة الحال هو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأكملها وهو أمر مطلق حيث أن تأخره السلبي كما لوضوحاً لا يقف معيقاً عدد حدود حداث معين أو اثنين فقط من جوانب النمو، بل يحاطر ذلك بكثير يؤثر على عمية مثل هذه الجوانب تأثيراً من شأنه أن يؤديها إلى التأخر عما يحدث في الظروف والأحوال العادية وهو الأمر الذي يفسر إطلاق مثل هذا الاسم عليه. يرجعسمية هذا الاضطراب بالمتشتر إلى أنه يترك آثاراً سلبية متعددة على الكثير من جوانب النمو المختلفة.

ويرى لورد وروتر (١٩٩٤) Lord & Rutter أن اضطراب التوحد قد أصبح في الوقت الحالي يمثل أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً في الممارين الحش والإكلينيكي، واتضح من خلالهما أن الأطفال التوحديين يظهرون أوجه قصور شديدة في عدد من الجوانب المختلفة وذلك على النحو التالي :

١- التفاعل الاجتماعي وإقامة العلاقات مع الآخرين.

٢- اللعب بين الشخصي.

٣- التواصل.

وتعبر أوجه القصور هذه على جعل هؤلاء الأطفال يمثلون فئة تتميز عن غيرها من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وإن تشابهت مع غيرها من الفئات وخاصة بتخصيص



عقاب في كثير من هذه السمات أو أوجه القصور ولكن يظل الفرق بينهما في حلات عديدة هو فرق في الدرجة ليس في هذه السمات فحسب، بل في سمات أخرى عديدة سوف نتوسع على مدى حديثنا عن تلك الفئة وهو الأمر الذي جعل من اليسر كنتيجة لما توصلت إليه العديد من الدراسات أن نصل إلى بروفيل خاص بكل منهم يمكن معه تحديد أوجه الشبه والاختلاف بينهما حتى نتكسب من تقديم الترابيع المناسبة لكل منهما،

هذا وقد توصلنا نحن من خلال سلسلة الدراسات التي قمنا بإجرائها على الأطفال التوحديين والتي تدرج في الغالب تحت قسمين رئيسيين يمثل أوغمد في تلك الدراسات الشخصية الفارقة التي قمنا بحلها بالمقارنة بين هؤلاء الأطفال وبين أقرانهم الطبيعيين، أما للقسم الثاني فإنه يمثل تلك الدراسات الوترانية التي تم حلها المعجزة إلى برامج مختلفة في سبيل إكسابهم مهارة معينة، أو سلوك معين، أو الحد من سلوك آخر غير مرغوب عادة ما يصدر عنهم توصلنا إلى ما يشبه البروفيل الخاص بكل منهما كمقياس مستعدين؛ المتخلطون عقلياً، والتوحديون وإن ظل مثل هذا البروفيل محدوداً بتلك الحالات التي تمت دراستها. ولذلك فإننا سوف نستعين بما توصلنا إليه (عادل عسافه ٢٠٠٢ أ) وما هو معروف عنهم من خلال ما كشفت عنه دراسات مختلفة التي تم إجرائها في هذا الإطار كي نصل إلى بروفيل عام يميزهم، أو بالأحرى يميز كل فئة منهم، وتتمثل الخطوط العريضة أو العالم الرئيسية مثل هذه البروفيل فيما يلي:

- ١- ينفرد الأطفال المتخلطون عقلياً على أقرانهم التوحديين في مستوى المعرفات العامة وذلك من الناحيتين الكمية والكيفية حيث تتضح تلك العزلة في كم المقدرات اللغوية، وكم وكيف التراكيب اللغوية، والاستخدام اللغوي، والمشكلات اللغوية أو حتى الاضطرابات اللغوية.

٢- يتوقع الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحدين في مهارات الأداء أو التطبيق الاجتماعي بشكل عام وذلك كما يعكسه أدائهم الوظيفي الاجتماعي. وما يضمه ويتضمنه من مهارات اجتماعية راحة أو راحة بعضها قصور سواء كانت مهارات لفظية أو غير لفظية. وإضافة إلى ذلك هناك قصور من جانب الأطفال التوحدين في التواصل بشكل يفوق ما يوجد بالنسبة لأقرانهم المتخلفين عقلياً سواء تعلقت ذلك بمهارات التواصل التعبيري أو حتى بمهارات التواصل الاستقبالي.

٣- يتوقع الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحدين في الدرجة الكلية للسلوك التكيفي، ولا يخفى علينا أن القصور الدال في السلوك التكيفي وما يرتبط به من مهارات يعد من الشروط الأساسية لكلنا الإعاقيين معاً، كما أن أي نمط آخر من أنماط الإعاقة العقلية يجب أن تنطوي مثل هذا الشرط عليه حتى يصبح كذلك. إلا أن هذا القصور يزداد بدرجة دالة في حالة الأطفال التوحدين قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً، أو حتى من أي فئة أخرى من تلك الفئات التي تتضمنها الإعاقة العقلية حيث ترتبط تلك الإعاقات في أساسها بقصور في السلوك التكيفي عامة وما يتضمن به من مهارات مختلفة.

٤ لا تختلف الفئات في الجوانب الأخرى للسلوك التكيفي والتي تتمثل بحسب للقياس المستخدم فيما يلي :

أ- الأداء الوظيفي المستقل، وهو الأمر الذي يتعلق بالاستقلالية في الأداء حيث من المعروف أن هناك قصوراً في هذا الجانب تنقسم به الفئات معاً.

ب- أداء الأقوال الأسرية والأعمال المنزلية، وهو ما يرتبط بالأداء الوظيفي المستقل، ونظراً لوجود قصور في استقلالية الأداء بالنسبة للفئتين معاً فإن هناك قصوراً مماثلاً في هذا الجانب أيضاً، إلا أنه من الممكن تحسين ذلك من خلال اتباع برامج سلوكية معينة في إطار التوجهات الحديثة في هذا الصدد.

جـ - النشاط المهني - الاقتصادي ، وهو ما يرتبط أيضاً بالعصرين السابقين ، كما أنه المقصود في كل منهما بعكس عليه هو الآخر ، لكن الواقع يشهد أن مثل هذا المقصود يوجد لدى أعضاء كلتا الفئتين معاً ، وأن المستوى العام به قد يتحسن إلى حد ما إذا ما جئنا إلى البرامج المناسبة .

٥- الأعمال التوحيدية ككل تتعامل مع الآخرين قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً ، وهو الأمر الذي يرتبط بالدرجة الأولى بمستوى مهاراتهم الاجتماعية اللفظية منها وغير اللفظية ، ويرتبط من ناحية أخرى بمستوى تفهمهم الاجتماعي . هذا إلى جانب أنه يعتبر أيضاً بمثابة محصلة أو نتيجة للعديد من الجوانب الأخرى . وكما نمرر يعوق فيها الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحسين .

٦- لأطفال التوحيدين يعدون أكثر انسحاباً من أقرانهم لمتخلفين عقلياً وذلك من مواقف والتفاعلات الاجتماعية عامة ، وهو أمر يرتبط في المقام الأول بعدد من المتغيرات ذات الصلة في هذا الصدد من أهمها ما يلي :

أ - تدني مستوى تفهمهم الاجتماعي .

ب- قصور في مهاراتهم الاجتماعية .

جـ - لامبالاتهم الاجتماعية .

د - قلة اهتمامهم الاجتماعية .

هـ - قصور اهتمامهم الاجتماعية .

و - قصور في التواصل .

وعلى ذلك يصبح من المنطقي أن يتحرك الطفل بعيداً عن الآخرين ، فيجتنبهم ، ويحس في عائلته الخاص ، أو الخيال وهو الأمر الذي دفع الكثيرين إلى إطلاق مصطلح الطفل المتأخرى عليه .

٧- يتلقى الأطفال المتعلقون عقلياً على أقرانهم التوحديين في المدارس الاجتماعية ما لديهم من عناصر ومتنوعات عديدة من بينها ما يلي

أ - وهي اجتماعي نسبي

ب- قدرة نسبية على التعلق بالآخرين

ج- قدرة على استخدام ما لديهم من مهارات لغوية وتراكيب لغوية تفوق أقرانهم التوحديين في سياقات اجتماعية متعددة.

٨- الأطفال التوحديون أقل علوانية من أقرانهم للتخلفين عقلياً سواء تضمن ذلك العدوان على الذات، أو للغير، أو الممتلكات، وسواء كان ذلك العدوان مادياً، أو لفظياً حيث يقل العدوان اللفظي بينهم بدرجة كبيرة، بل إنه يكاد يمحى نظراً لاحتياجهم للمصارح إلى اللقنات والتراكيب اللغوية المختلفة. ومن معروف أن هذه العدوانية قد ترتفع في مستواها لديهم بعض الشيء، وذلك عندما تتم مصابقتهم، ومع ذلك يظل مستوى علوانيتهم أقل من أقرانهم التخلفين عقلياً.

٩- يتسم الأطفال التوحديون بدرجة من النشاط الزائد تفوق مستوى أقرانهم التخلفين عقلياً حيث هناك العديد من السلوكيات المرتبطة باضطرابهم هذا كالدوران المستمر، والفرقة بالزواجر، والحركة المستمرة في المكان، وغيرها تكشف عن قدر أكبر من النشاط الحركي الزائد، والاندفاعية.

١٠- تتسم كلتا العتات بنفس أو قصور واضح في انتباههم للمواقف والمثيرات المختلفة، وإن كان الأمر بالنسبة للأطفال التوحديين يزداد بعض الشيء عن أقرانهم التخلفين عقلياً. ويمكن التمسك على تحصيل مستوى انتباههم نوعاً ما عن طريق استخدام المثيرات البصرية سواء المتحركة أو الثابتة.

١١ أن اضطراب طيف التوحد يضم عدة أنماط من الاضطرابات المرتبطة من بينها رمية أو متلازمة أسوكر Asperger's syndrome وأن هذه المتلازمة كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤) نادراً جداً ما تصيب طفلاً يقل مستوى ذكائه عن المتوسط، بل إنها عادة ما تصيب الأطفال من ذوي مستوى الذكاء المرتفع، وحتى للرتفع جداً، ومن ثم فإننا عادة ما نجد أطفالاً موهوبين من بين هؤلاء الأطفال في حين لا يوجد أطفال موهوبون بين المتخلفين عقلياً، بل قد يوجد بينهم أطفال يرتفع مستوى بعض القدرات لديهم إلى حد ما وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يمكنهم من أداء ما يرتبط بهذه القدرة أو تلك بشكل متحير عن غيرهم مما يدفع بالبعض إلى أن يشار تلك موهبة مع أن الأمر كما لا يمكن أن نعزو على هذه الشاكلة وذلك للأسباب التالية:

أ- أنه هناك شروطاً معينة لاعتبار الطفل للموق موهوماً، وأن أول هذه الشروط يتمثل في استثناء التخلف العقلي من ذلك، لو بمعنى أدق استبعاده من ذلك ب- أن المجالات المختلفة للموهبة والتي تتراوح بين ستة وعشرة مجالات بحسب التصنيف للتحقق مستوى مرتفعاً جداً من الذكاء للموهبة المعقبة أو الإكاديمية فقط، ثم مستوى من الذكاء لا يقل عن المتوسط عني لأقل بالنسبة لجميع مجالات للموهبة الأخرى وهو الأمر الذي لا يعطى عني التخلف العقلي.

ج- أن للموهبة تتطلب الإنكار - بغض النظر عن للموهبة الابتكارية كمحاج من مجالات للموهبة - وهو الأمر الذي لا يمكن للطفل للتخلف عقلياً أن يقوم به تحت أي ظروف حيث أنه ليس في مقدوره أن يتكرر شيئاً.

د- أن للموهبة قد تتطلب مستوى معيناً من الثقيل الاجتماعي، والتكيف مع البيئة، والتوافق مع من فيها من الأشخاص وهو الأمر الذي يصعب عني الطفل للتخلف أن يقوم به إذ أن أحد الشروط الثلاثة للتخلف العقلي

يتميز في وجود قصور واضح في السلوك التكيفي للطفل وما يرتبط به من مهارات .

١٢- أن هناك العديد من الاضطرابات التي ترتبط بجانب اللغة والتواصل يعدن منها الأطفال من كثلة الفنتيب وإن ظل الأطفال التوحديون هم الأكثر معداة منها نسباً بأنراهم للتخلفون عقلياً . ومن أهم هذه الاضطرابات وأكثرها شيوعاً ما يلي :

أ - اضطرابات اللغة .

ب- اضطرابات النطق .

ج- اضطرابات التواصل .

١٣ لا توجد هناك اضطرابات نطق معينة ترتبط بفترة معينة من الفئات الخاصة عامة حيث تنتشر كل اضطرابات النطق بين كل الفئات تقريباً ، ومن ثم فلا يوجد هناك اضطراب يميز فئة معينة دون غيرها . إلا أن بعض الأطفال التوحديين قد لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق ، وقد يشخصهم البعض خطأ على أنهم من فاقدى السمع .

١٤ أم بالنسبة لاضطرابات التواصل فإن هناك العديد من السمات التي تعطل فهم أوتناك الأطفال من عوهم من الأطفال الآخرين ، والتي قد تسهم في جعلهم فئة تكاد تكون مريدة في هذا الصدد . ومن أهم هذه السمات ما يلي :

أ - عدم القدرة على التواصل أو التلاحم البصري كسممة مميزة للأطفال التوحديين دون سواهم من الفئات الخاصة الأخرى وهو أمر لا يقوم به أفرادهم المتخلفون عقلياً .

ب- عدم قدرتهم على إدراك تعبيرات الوجه .

ج- عدم إعادتهم للتواصل عن طريق الإيماءات أو تعبيرات الوجه .

د - فشلهم في استخدام اللغة كوسيلة للتواصل دون تلويح .

هـ - عدم إظهارهم تغيرات انفعالية مناسبة أو مصاحبة .

و - أنهم قد لا يقوموا باستخدام الإشارات في مواقف أخرى .

ز - ظهور سلوكيات دالة على التحدي والغضب عند استئثارهم .

١٥- وفيما يتعلق باضطرابات اللغة فإن الأطفال التوحديين يتسمون بعدد من السمات التي قد تميزهم دون سواهم من أهمها ما يلي :

أ - ضعف الحصول للموى لديهم بدرجة كبيرة .

ب - تدنى مستوى التراكيب اللغوية من جانبهم .

ج - عدم قدرتهم على استخدام مفرقاتهم اللغوية الاستخدام المناسب .

د - عدم القدرة على استخدام تلك المقررات في إحداث أحداث مع هم .

هـ - أن الطفل لا يستخدم معاني الكلمات كى تساعده على مترجع المعلومات .

و - أن الطفل لا يستطيع أن يستخدم الكلمات التي لديه في سياقات مختلفة .

ز - التردد المرضي للكلام المسموع echolalia سواء كان ذلك ترديد مجرد كلمات فقط أو عبارات .

ح - أن اللغة قد لا تنمو على الإطلاق لدى بعض هؤلاء الأطفال .

١٦- وجود قصور في قدرة الأطفال التوحديين على القيام باللعب التطاهري أو الادعائي إلى جانب قصور واضح في قدرتهم على اللعب الرمزي وهو الأمر الذي يمثل جانباً من جوانب القصور لدى الطفل المتخلف عقلياً أيضاً .

١٧- وجود قصور في العمليات الحسية والإدراكية حيث يكون هناك إخلال في دس من جانب الطفل التوحدي إذ يمكن أن تكون استجابته احسية مفرطة

سواء ارتداء أو ارتخاضاً وذلك من موقف إلى آخر دون قدرة من جانبها على الترفع بالاستجابة، وقد يرجع ذلك إلى أخطاء في الإدراك من جانب البعض . أما بالنسبة للأطفال المتخلف عقلياً فإن الأمر يختلف عن ذلك بكثير، ومع أن هناك أخطاء متعددة في الإدراك من جانبهم إلا أن مثل هذا الإفرط في الاستجابات الحسية لا يطبق عليه بنفس هذه الدرجة التي يظهرها أو يبدئها قريبه التوحدي .

١٨- وجود قصور من جانب كلتا الفئتين في فهم وإدراك الحالات العنقية لهم ولغيرهم من الأفراد الآخرين . وقد يمثل مثل هذا التصور في عدم قدرتهم على فهم ما يلي .

أ - الاعتقادات .

ب - الوليا .

ج - الانفعالات .

د - البيئة الاجتماعية المحيطة .

١٩ - حدوث أخطاء سلوكية واعتقادات نمطية، ومكرارية وذلك من جانب الأطفال التوحديين دون أن يفهم المتخلفين عقلياً على الرغم من أن اهتمامات الأطفال المتخلفين عقلياً تكون مقيدة أيضاً، وقاصرة في الغالب، كما قد تكون نمطية في بعض الأحيان، إلا أن التمسك بالصارم بالروتين يميز بين الفئتين بشكل جلي حيث يعد أساسياً بالنسبة للأطفال التوحديين دون أن يفهم المتخلفين عقلياً .

٢٠ - يؤدي القصور العقلي المعرفي لكنتا الفئتين وما يرتبط به من متغيرات إلى عدم تجاوز أي من هاتين الفئتين للمرحلة الثانية من تلك المراحل التي حددها بياجيه Piaget للنمو العقلي للمعرفي وذلك كحد أقصى .



ويرى كندول (٢٠٠٠) kendall أننا من الناحية التاريخية نلاحظ وجود عطر للاضطراب السمائي العام أو المتشترهما :

١- اضطراب التوحد .

٢- فصام الطفولة .

ومن الجدير بالذكر أن فصام الطفولة ينسم بالانسحاب الاجتماعي اعادة ، وعدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين ، ولكنه في الوقت ذاته يختلف عن فصام المراهقة في غياب الحلاوس والضلالات تقريباً . ولا يخفى علينا أن مرضى الفصام سواء من الأطفال أو المراهقين يعانون من اضطراب التفكير سواء في محتواه أو بهرته أو التعبير عنه حتى في إطار التفاعلات الأسرية . ويؤكد نيوسوم وهوفانير (١٩٩٧) Newsom & Hovan.tz أن سن الطبل عد بداية كلا الاضطرابين التوحد والفصام بعد نقطة أساسية للمير بينهما حيث ملاحظ أن الأطفال الفصامين يرون بهرة من النمو العادي تعكس ترفقاً عادياً نسبياً يتبعها بداية أعراض حادة للفصام في حين نجد أن اضطراب التوحد يحدث قبل أن يصل الطبل الثلاثة من عمره ، ولا يمر الطبل في تعال بهرة نمو عادية أو فترة من التوافق العادي نسبياً كما هو الحال بالنسبة لفصام الطفولة .

### اضطراب التوحد:

بعد اضطراب التوحد autism كما نرى نادرة أبو السمود (٢٠٠٠) من أكثر لإحداثيات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل ، ومع ذلك تعان العيادات النفسية المصرية من قصور واضح في أساليب تشخيص هذا الاضطراب ينتج عنه أن يتم في الغالب تشخيص الأطفال التوحديين على أنهم متعلمون عقلياً حيث يعتمد تحديد مثل هذه المشكلات أو الاضطرابات على ملاحظة للظواهر السلوكية المختلفة وهو الأمر الذي قد يترتب عليه الخلط بين اضطراب وآخر يختلف عنه تماماً . وإضافة إلى ذلك قد هذه النوعية لم تزل حظها من الاهتمام حتى على مستوى المجال البحثي وذلك على مستويين

الإقليمي والمحل على الأقل . وإلى جانب تشخيصهم الخاطئ على أنهم متحللون عقلياً لا يوجد هناك مركز متخصص للتعامل معهم إلا نادراً، كما أن المراكز المحدودة التي توجد في الوقت الراهن هي مراكز أهلية خاصة في حين يتطلب الأمر من ذلك كثيراً على المستوى الدولي وخاصة في دول أوروبا وأمريكا حيث المدارس وجمعيات ومراكز خاصة هؤلاء الأطفال ، والمجتمعات التي يتم تلقيها لهم ولأسرهم ، والكم الكبير من الدراسات الذي تم إجراؤه عليهم وذلك منذ أن أدخل كانر Kanner هذا المصطلح في المجال البحثي منذ ما يربو على نصف قرن وبالتحديد في عام ١٩٤٣ .

وقد يرجع ذلك إلى صعوبة تشخيص هذه الفئة نظراً لتشابهها مع فئات عديدة . وعدم ظهور تشخيص مستقل لها إلا في القطعة الثالثة للمعلقة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM III R الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٨٧) ثم في القطعة الرابعة من ذات دليل DSM-IV التي صدرت عام ١٩٩٤ . هذا إلى جانب أن السبب الرئيسي هذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد للآن ، ففي الوقت الذي يردده جيسلر (٠ ٧) Gillson إلى أسباب بيوكيميائية تتمثل في اضطراب في بعض الإشارات الدماغية يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ ، يذهب دولاب وديوس (١٩٩٩) Dunlap & Pierce إلى أنه من الأكثر احتمالاً أن تكون هناك أسباب متعددة تكمن خلف التوحد ، وبين هذا وذاك لا يزال السبب الرئيسي غير معروف ، وسوف نعود إلى ذلك بعد قليل . كذلك فلا يزال التشخيص من وجهة نظرهما يقوم به إما أطباء الأطفال ، أو الأخصائيين النفسيين المدربين ، أو أطباء نفس الأطفال ، أو أطباء الأعصاب وإن كان دورمان وليفير (١٩٩٩) Dorman & Lefever يريان أنه ليست هناك فحوص طبية معينة لتشخيص هذا الاضطراب لأنه ليس مرضاً معدياً بالمعنى المتعارف عليه ، ولكن تشخيصه النفسي يعتمد على ملاحظة تواصل هؤلاء الأفراد ، وسلوكهم ، ومستوياتهم النمائية . وهذا يعني أن اضطراب التوحد يعد متابة رمة أعراض مرضية يعتمد سببها على الأنماط السلوكية التي تصدر عن الطفل

والتي شحور في ثلاثة اضطرابات سلوكية مجتمعا ديس وأخرون (1999) Dennis et al فيما يلي :

- ١- اضطرابات علقة في التفاعل الاجتماعي .
- ٢- اضطرابات في النشاط التخييلي، والقدرة على التواصل .
- ٣- انغلاق على الذات، وضعف في الانتباه المتواصل للأحداث وللمصوبات الخارجية .

ويرى أرونز وجيتز (1992) Aarons & Gittens أن التوحد يمثل اضطراباً أو متلازمة من المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر على الطفل قبل أن يصل عمره إلى ثلاثين شهراً، ويتضمن ذلك عدداً من الاضطرابات كالتالي :

- أ - اضطراب في سرعة أو تتابع النمو .
  - ب - اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات .
  - ج - اضطراب في الكلام واللغة والمسة المعرفية .
  - د - اضطراب في العلق أو الانتماء للنفس والأحداث وللمصوبات .
- ويذكر عبد الرحمن محنت (1999) أن هناك سمات للأطفال التوحديين يمكن أن تميزهم عن غيرهم من الأطفال حتى من الفئات الخاصة الأخرى، وأنه عند تشخيص مثل هؤلاء الأطفال يجب أن تنبه جيداً إلى تلك السمات التي تعد السمات التالية من أهمها :

- ١- عدم الارتباط بالأشياء .
- ٢- ضعف استخدام اللغة والاتصال أو التواصل .
- ٣- المحافظة على الرتبة والروتين .
- ٤- ضعف أو قصور في الوظائف المعنوية .

وبرى حلوان (١٩٩٦) أنه كانت هناك الاختراصات ووجهات نظر متعددة حاولت تفسير اضطراب التوحد؛ فنظر لنموذج الاجتماعي له على أنه اضطراب في التواصل الاجتماعي سبحة لظروف التنشئة الاجتماعية غير السوية التي نتج عنها شعور الطفل بالرقص من الوالدين، وقندان الآثار العاطفية منها مما أدى إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به. في حين يفسرها النموذج النفسي على أنها شكل من أشكال انفصام الفكر الناتج عن وجود الطفل في بيئة تتسم بالتفاعل لأمرى غير مسوى مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسي، بينما يشير نموذج آخر إلى أنه يرجع إلى الطفل نفسه حيث يشتره عجزاً إدراكياً مصاحباً للاضطراب اللغوي. وبرى عبد الرحيم بجيت (١٩٩٩) أن هذه الاختراصات قد أصبحت مشكوك فيها مما جعل لاهتمام ينصب بعد ذلك على الدراسات العصبية والفيزيولوجية والبيئية والتي كان من نتائجها أنه لم يتم التعرف على سبب واحد محدد يؤدي إلى اضطراب التوحد.

### الأسباب المؤدية للاضطراب

من لا شك فيه أن أى اضطراب لا بد أن تقع خلفه مجموعة من العوامل، وعادة ما يكون من الصعب، بل ومن المستحيل أحياناً أن يكون هناك سبب واحد يعد هو المسئول عن اضطراب معين أو يمكن أن يزو مثل هذا الاضطراب إليه. ومن الجدير بالذكر أن العلماء قد تمكنوا من تحديد سبب معين لحالات اضطراب التوحد وذلك لدى نسبة لا تتجاوز ١٠ % تقريباً فقط من أولئك الذين يعانون من هذا الاضطراب، وعلى هذا الأساس تظل الحقيقة التي بائت مؤكدة أو حتى شبه مؤكدة تتمثل في أن حوالي ٩٠ % تقريباً أو يزيد من حالات هذا الاضطراب لم يتمكن أحد من تحديد سبب معين يزو حدوث مثل هذا الاضطراب له، ومع ذلك هناك بعض حقائق التي تتعلق بتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب التوحد يمكننا أن نعرض لها على النحو التالي :

١ - أنه ليس هناك سبب واحد فقط يمكن أن يكون هو المسؤول عن حدوث الاضطراب.

٢ - أن هناك مجموعة من الأسباب والعوامل تسهم في حدوث هذا الاضطراب  
عنى نترجم من عدم قدرتنا على تحديد دور كل منها أو إسهامه النسبي في ذلك.

٣ - أن هناك عوامل جينية أو وراثية يمكن أن تسهم في حدوث هذا الاضطراب.

٤ - أن هذه العوامل الجينية أو الوراثية هي نفسها التي تؤدي إلى حدوث بعض الإعاقات - عقلية أو حتى للحسية الأخرى.

٥ - أن العلماء قد حاولوا أن يجدوا أساساً كروموزومياً لاضطراب التوحد، ومع  
هم قد حددوا كروموزومات معينة ترتبط به، فلا توجد هناك أدلة تؤكد  
صحة تلك الآراء حتى وقتنا الراهن.

٦ - أن هناك عوامل بيئية يرجع تأثيرها إلى فترة معينة أثناء الحمل ومن أن ثم  
الولادة تسهم بدرجة كبيرة في حدوث ذلك الاضطراب.

٧ - أن الحالات التي يمكن العلماء من تحديد سبب معين للاضطراب فيها لم  
تتجاوز ١٠ % في حين بلغت الحالات التي لم يتمكنوا من تحديد سبب معين  
لها ٩٠ % تقريباً.

وعنى هذا الأساس يمكننا أن نحدد نفسنا عدد تناول تلك الأسباب التي يمكن أن  
تؤدي إلى اضطراب التوحد في عدد قليل جداً من التساؤلات أرى أنه لا يتجاوز ثلاثة  
تساؤلات حسب ما تمت الإشارة إليه في النقاط السابقة، وتدور تلك التساؤلات  
حول النقاط التالية :

١ - هل ترجع تلك الأسباب إلى عامل واحد فقط، أم أنه يمكننا أن نقوم بعزوها  
إلى مجموعة معينة من العوامل؟

٢ - هل هناك تصنيف معين لتلك العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى هذا الاضطراب  
كأن تكون على سبيل المثال كما يلي :

أ - عوامل وراثية ؟

ب- عوامل بيئية ؟

ج- عوامل كروموزومية أو حليل كروموزومي ؟

٣- عسى أى أساس تم تجميع سبب معين لحالات معينة من هذا الاضطراب ورغم  
يتم التوصل إلى ذلك السبب أو تلك الأسباب في حالات أخرى ؟  
هذا ويمكننا أن نتناول مثل هذه التساؤلات على النحو التالي :

#### أولاً : سبب واحد أم مجموعة أسباب :

شهدت المساحة العلمية فيما يتعلق بتلك الأسباب التي يكون من شأنها أن تؤدي  
إلى ذلك الاضطراب جدلاً واسعاً حول تلك الأسباب، فرأى البعض أن هناك سبباً  
واحداً هو المسئول عنه، ورأى آخرون أن هناك جملة من الأسباب يمكن أن نعزو إليها  
هذا الاضطراب، في حين رأى عوهم أن السبب الذي يؤدي إلى مثل هذا الاضطراب  
لا يزال غير معروف على وجه التحديد حتى الآن .

ومن هذا المنطلق يؤكد بومر وآخرون (Boomer et.al. (١٩٩٥ أن هناك اعتقاداً  
بأن عدداً وظيفياً في الجهاز العصبي المركزي من عوامل غير معروفة يعد هو السبب  
الأساسي الذي يكمن خلف هذا الاضطراب ويؤدي إلى حدوثه، ومن ثم نصب  
الاهتمام على دراسة متلازمة الأعراض المرتبطة باضطراب التوحد . وكما أوضحنا  
من قبل فها هناك من الباحثين والعلماء من يرد هذا الاضطراب إلى أسباب بيوكيميائية  
في المخ مثل جيلسون (Gillson (٢٠٠٠ وهو الأمر الذي يكون من نتائجه أن يؤدي  
ذلك إلى اضطراب في بعض الإفرازات للمخ مما يؤثر بالتالي على الأداء الوظيفي

للمسح. في حين يرده آخرون مثل دونالد وبرس (Dunlap & Pierce ١٩٩٩) إلى أسباب متعددة وليس إلى سبب واحد فقط حيث يعتقدان أنه لا يمكن أن يكون هناك سبب وحيد يعدد هو المسئول عن الاضطراب، بل لابد أن يكون هناك أكثر من سبب واحد يسودى إلى ذلك من خلال اشتراك كل هذه الأسباب مجتمعة في حدوث الاضطراب.

ويرى كندول (Kendall ٢٠٠٠) أن الدراسات الحديثة قد كشفت عن وجود اختلاف نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من المخ لدى الأطفال التوحيديين ، ومن المعروف أن ذلك النصف هو الذي يتضمن تلك المنطقة المسماة التي تعد هي المسئولة عن حدوث التواصل . ومع ذلك فلا تزال هناك حقيقة هامة حول أسباب هذا الاضطراب مؤداه أن لا يوجد أى سبب واضح على وجه التحديد يعدد هو المسئول عن حدوث ذلك الاضطراب ، أو يمكننا من خلاله أن نفهم السبب الذي يصعب الأطفال التوحيديين يسلكون مثل تلك الأساليب غير العادية، أو الذي يؤدي إلى حدوث تلك الأعراض التي تميز هذا الاضطراب والتي تعتبر بمثابة ملامح أساسية مميزة . ومع ذلك فهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بذلك الاضطراب على أنه يعدد اضطراباً معرفياً واجتماعياً في الوقت ذاته، وأن هناك أساساً بيولوجية متعددة - وليس سبباً واحداً - حدثت في وقت ما بين الحمل والولادة وأدت بدورها إلى تلك الآثار السلبية التي تتضمن تلك الملامح الأساسية المميزة للاضطراب . ويضيف روتر وآخرون (Rutter et al. ١٩٩٤) أنه ليس هناك سبباً طيباً معدد نستطيع أن نعده في الواقع هو المسئول عن مثل هذا الاضطراب وذلك عند فحص عينة حالات اضطراب التوحد عند عرضها عليهم حيث لم يتوصلوا إلى هذا السبب الطيب المحدد سوى لدى نسبة تتراوح بين ٥ - ١٠ % تقريباً من تلك الحالات التي قدموا بفحصها ودراستها.

## ثانياً : وجود تصنيف معين للعوامل التي تسهم في حدوث الاضطراب :

من الجدير بالذكر أن للرأي الأوسع في النقطة السابقة يتمثل في وجود مجموعة من الأسباب والعوامل يمكن لها أن تؤدي إلى حدوث مثل هذا الاضطراب، ويرى البعض أن هذه الأسباب تجمع بين الوراثة والبيئة، بل ويضم آخرون إلى ذلك مجموعة أخرى من العوامل تتمثل في العوامل الكروموسومية أو الخلل الكروموسومي . وسوف نشود هذه لأراء على النحو التالي :

### ( ١ ) العوامل الجينية أو الوراثية :

تشير نتائج العديد من الدراسات التي تم إجرائها في هذا الإطار إلى أن العوامل ذات حضور وراثية أو جينية تعد أحد أهم العوامل المسؤولة عن حدوث اضطراب التوحد، وأن مثل هذه العوامل إما ترجع إلى وجود عامل جيني واحد أو أكثر به مساهمة أكبر في مثل هذا الصدد . ومن أهم هذه العوامل نلاحظ ما يثير الكثير من السعشة حيث يجد عدة عوامل يمكن أن تؤدي في حد ذاتها إلى التخلّف العقلي عسى سين المثال، أو إلى أي إعاقه حسية أخرى، وهو ما يمثل نقطة أخرى مثيرة للسعشة حيث ملاحظ أن نفس العامل في حد ذاته يمكن أن يؤدي إلى أكثر من عتد واحد من أماند الإعاقه العقلية، كما يمكن أن يؤدي أيضاً في ذات الوقت إلى أكثر من عتد واحد من أنماط الإعاقه الحسية . كما أن هناك عوامل أخرى يمكن أن تؤدي 'بصاً إلى التخلّف العقلي كسقط أساسي من أنماط الإعاقه العقلية .

ومن أهم العوامل التي تؤدي إلى اضطراب التوحد مع أنها يمكن أن تؤدي في الوقت ذاته إلى إعاقه عقلية أخرى كالتخلّف العقلي على وجه التحديد ما يلي :

١- حالات التصلب الدرقي للأسجة . tuberous sclerosis

٢- حالات الفيلكيتونوريا . phenylketonuria

٣- حالات كروموزوم X الهش . fragile X chromosome



ومن المعروف أن مثل هذه العوامل تعد بمثابة حالات وراثية في أساسها، وهي مع اعتبارها كذلك فإنها كمحالة هي التي تعد وراثية، أما ما ينتج عنها وهو الخلل الذي يحدث بعض خلايا المخ فهو دون شك لا يعد وراثياً، ولكنه ناتج عن حالة وراثية، ويمكن مثل هذه النتيجة أن تؤدي إما إلى التخلف العقلي، أو إلى اضطراب التوحد، وقد تناوبت هذه الحالات عند الحديث عن التخلف العقلي من قبل ، ومن ناحية أخرى فإن نتائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال تؤكد أن احتمالات ولادة طفل آخر للأسرة يعاني من نفس هذا الاضطراب أي طفل ترثي تحدثت احتمالات مرتفعة بدرجة لا بأس بها حيث تتراوح بين ٣-٦ ٪ تقريباً، وهو الأمر الذي يضيف إلى دور العوامل الوراثية تعقيبات أخرى.

وبلى جانب ذلك هناك بعض الحقائق التي تؤكد على الدور الحيوي للعوامل الوراثية في حدوث هذا الاضطراب منها ما يلي :

١- تؤدي بعض حالات الشذوذ الكروموسومي إلى هذا الاضطراب، وبعد اشتداد في الكروموزوم رقم ١٣ من أكثر هذه الحالات شيوعاً، ومن المعروف أن شذوذ هذا الكروموزوم يرتبط كذلك بمتلازمة أوشر Usher's syndrome التي تعد اضطراباً حسيّاً.

٢- أن هناك عدداً من الجينات يرثي بين ٣-٥ جينات تشترك جميعها في حدوث التوحد، ويجب أن تتوفر كلها لدى نفس الشخص مع العلم بأنه غير متضمنة في كروموزوم واحد فقط، بل إنها تتوزع على عدد من «كروموسومات المختلفة»، وهي جميعاً تنتمي أنواعاً من الخلل الكروموسومي، وإذا قل هذا العدد عن ذلك فلا يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب التوحد.

٣- أن محيط الرأس لدى هؤلاء الأطفال يكون أكبر من مثيله لدى أقرانهم العاديين، ومن المعروف أن كبر حجم محيط الرأس أو صغره يعد من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي.

٤- نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحدين تؤكد عدم وجود خلايا بيركنجي parkinjo cells بالمخích لديهم إلى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفى limbic من جانبهم.

٥- نقص طول وعمق جذع الخخ brain stem لديهم علماً بأن جذع الخخ يلعب دوراً حيوياً في عمليات التنفس، وتناول الطعام، والتوازن، والتناسق الحركى على سبيل المثال.

٦- عدم وجود جزأى أساسيين من أجزاء جذع الخخ لديهم يتمش أولهما في نواة فوجيهة facial nucleus التى تتحكم في عضلات الوجه، ولتى تكون مسئولة بالتالى عن التعبير غير اللفظى. بينما يتمثل ثانيهما في الزيتونه العليا super olive وهى التى تلعب دوراً هاماً في توجيه ونوعية تلك المعلومات المرتبطة بالكثيرات السمعية. ومن المعروف أن هذين الجزأين يتكونان في الأساس من جزء الأبوب العصبى الذى يتكون الجهاز العصبى مركزى للجسم منه وذلك في الأسابيع الأولى من الحمل.

٧- يوجد إلى جانب غياب النواة فوجيهة نقص كبير في عدد الخلايا لعصبية التى ترتبط بعضلات الوجه حيث يبلغ عددها أربعمائة خلية عصبية لدى الأطفال التوحدين بينما يصل عددها لدى الطفل السليم إلى تسعة آلاف خلية.

٨- أن حوالى ٣٠ % تقريباً من الأطفال التوحدين يوجد لديهم زيادة في تركيز مادة السيروتينين التى تتم من الناقلات العصبية وذلك في الصفائح الدموية.

## ( ٢ ) العوامل البيئية :

تعدد العوامل البيئية التى يمكن أن تؤثر على اضطراب التوحد وتؤدى إليه، ومن بين هذه العوامل مسببات كثيرة تؤدى كذلك إلى التعطل العقلى منها ما هى :

١ - التلوث البيئي الكيميائي سواء من خلال الكيماويات المخزنة أو التلوث بالمعادن كالتلوث والرصاص على سبيل المثال سواء تم ذلك من جانب لأم خلال فترة الحمل، أو من جانب الطفل بعد ولادته.

٢ - تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو للإشعاعات يمكن أن يؤدي إلى ذلك.

٣ - التلوث الغذائي من طريق استخدام الكيماويات قد يؤدي إلى حدوث تسمم عضوي عصبي بسبب اضطراب التوحيد خاصة إذا ما تعرضت له الأم الحاص، أو الطفل بعد ولادته، أو إذا ما تعرضت البويضات أو الحيوانات المنوية أو البويضة الملقحة لذلك.

٤ - التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (X)، أو التعرض الإشعاعي، أو استخدام النفايات النووية في الأسلحة التقليدية، أو دفن تلك النفايات بشكل غير صحيح يمكن أن تؤثر على الأم.

٥ - التعرض للأمراض المعدية، وخاصة تعرض الأم الحامل لها وإصابتها بها، أو تعرض الطفل لها في بداية حياته، أو خلال عامه الأول. وتعد هذه الأمراض المعدية هي نفسها التي تؤدي إلى الإعاقات العقلية الأخرى، وربما إلى الإعاقات الحسية كذلك.

٦ - اضطرابات الأيض، أي حدوث خلل أو قصور في التمثيل الغذائي.

٧ - تعاطي الأم الحامل للمخدرات بشكل منتظم وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل مهما أتت أن العقار المستخدم بعد بسيطاً، فعلى سبيل المثال اتضح أن عقار الثاليدوميد *thalidomide* الذي كان يستخدم لتسكين آلام بعد من العروس المؤدية إلى اضطراب التوحيد، بل وإلى التخلف العقلي كذلك، وأن مختلف الإعاقات الحسية أيضاً.

٨ - تعامل الأم الحامل للكحوليات وهو ما يؤدي عادة إلى ما يعرف برملة تعرض  
مخبر للكحوليات fetus alcohol syndrome وهو الأمر الذي يؤدي به إلى  
إلى التخلف العقلي أو اضطراب التوحد.

٩- تعد البيئة الاجتماعية أو الاقتصادية أو الثقافية التي ينشأ الطفل فيها ذات دور  
كبير في حدوث أو منع أو تطور الاضطراب وذلك بما يلقاه فيها من اهتمام،  
وما يتعلمه من عادات صحية، وما يهمله من رعاية وصحية.

١٠- ومن ناحية أخرى نلاحظ أن للعوامل البيئية تؤثر على تطور الاضطراب ومآله  
إذ أننا يمكن أن نلاحظ ما يلي :

أ- أن الوالدين على سبيل المثال قد يكونا غير مؤهلين للتعامل السليم مع  
طفلهما التوحدي فلا يستطيعان مساعدته على ما يلي :

- اكتساب سلوك مرغوب، أو

- الحد من سلوك غير اجتماعي، أو

- إكسابه تلك المهارات المطلوبة لأداء نشاط ما.

ب- قد لا تعمل البيئة التي يوجد الطفل فيها على مساعدته كي يتمكن من  
القيام بأي من السلوكيات التالية :

- اكتساب مهارات محبة تساعد على الاندماج مع الآخرين.

- إقامة علاقات مختلفة معهم.

- التفاعل السليم معهم.

ج- قد لا تشجع تلك البيئة الآخرين المحيطين بالطفل على القيام بما يلي :

- احتواء ذلك الطفل.

- مساعدته على الاندماج معهم بدلاً من انسحابه بعيداً عنهم.

مساعدته على التعامل معهم بدلاً من قيامه بالسلوك العنصري سوء صد نفسه حيث يقوم بإيذاء ذاته، أو ضلهم.

د - كذلك ينبغي على الوالدين أن يكونا قادرين على تحديد تلك الملامح الأساسية المميزة للاضطراب حتى يتمكنوا من الحد من آثارها السلبية قدر الإمكان.

### ( ٣ ) العوامل الكروموزومية أو الخلل الكروموزومي :

من المثير بالذكر أن هناك من العلماء من حاول تحديد نمط ما من أنماط السلوك الكروموزومي، واعتباره مسئولاً عن حدوث اضطراب التوحد. ومن أكثر الأنماط التي تم التحدث عنها في هذا الصدد تلك الشذوذ في الكروموزوم رقم ١٣ ذل حسب ذلك فإن هناك نمطاً آخر من ذلك الشذوذ يتعلل في كروموزوم X المتس أو ما يشير إليه على أنه الكروموزوم المتسحق - fragile X chromosome. وبإضافة إلى ذلك هناك شذوذ في عدد من الجينات تتراوح في عددها كما أشرنا من قبل بين ٣ - ٥ جينات تتورع على عدد من الكروموسومات، ويجب أن تتوفر هذا العدد لدى الطفل، وإلا فلي يحدث مثل هذا التأثير السلبي.

ومن ناحية أخرى فقد حاول بعض العلماء البحث عن أسس جينية عدد لاضطراب التوحد، ورأى البعض أن الكروموزوم رقم ٧ يعد هو المسئول عنه، وبالتالي فإن الشذوذ في هذا الكروموزوم يؤدي إليه بالضرورة، في حين رأى آخرون أن الشذوذ في الكروموزوم رقم ٩ يعد هو المسئول عن ذلك، إلا أن البعض قد استبعد هذا الكروموزوم رقم ٩ ، بينما حدد آخرون الكروموزوم رقم ١٥ ليكون الشذوذ فيه هو المسئول عن حدوث اضطراب التوحد. ورغم كل ذلك لا يوجد هناك رأي قاطع في هذا الخصوص.

### ثالثاً : تحديد وعلم تحديد سبب معين للاضطراب في بعض الحالات :

أكدت النتائج التي كشفت عنها دراسات عديدة أن حوالي ١٠ ٪ تقريباً مقصد من حالات اضطراب التوحد هي التي تم فيها تحديد سبب معين للاضطراب، وأن مثل هذه الحالات تعتبر حالات نادرة يكون السبب فيها معروفاً، وربما تكون الحالة متوقعة كأن يتوقع الوالدان أو الطبيب ولادة الأم لطفل متخلف عقلياً، أو طفل توحدى وذلك نتيجة حدوث سبب معين معروف ومحدد بشكل دقيق. أما الحالات الأخرى والتي تمثل الغالبية العظمى من الحالات فلا يكون السبب معروفاً فيها، كما أنه لا يكون سبباً، أو عاملاً، أو حياً واحداً فقط بل يكون عادة مجموعة من لأسباب، أو العوامل، أو الحداث. كما أن السبب الرئيسي للمسؤول عن هذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد حتى الآن.

### الملامح الأساسية المميزة للاضطراب

يحدد من كيمار (١٩٩٦) Volkmar تلك الملامح التي تميز هذا الاضطراب في ثلاثة مصاصم أساسية هي :

- ١ - حدوث قصور كيمي في التفاعل الاجتماعي.
- ٢ - حدوث خلل شديد في عملية التواصل.
- ٣ - حدوث أنماط سلوكية نمطية ومقيدة وتكرارية.

ومما لاشك فيه أن العمر الزمني الذي يحدث فيه هذا الاضطراب والذي يكون في الغالب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره يمثل هو الأمر أحد تلك الملامح المميزة لذلك لاضطراب ، ولكن الدراسات الحديثة قد أثبتت أن بإمكاننا أن نتعرف صي مثل هؤلاء الأطفال حتى قبل بلوغهم الثالثة من أعمارهم. ومن هذه المنطق يوضح بوردين وأوسليك ( ١٩٩٢ ) Bordin & Ollendick بعض الأعراض المبكرة التي تميز هذه الاضطراب موهان أن الطفل حديث الولادة يشو عتلفاً عن بقية الأطفال في

عمر العمر الزمني كما يتضح من تلك الأعراض التي تطلق عليها أعراضاً مبكرة، والتي يمكن أن يميزها في قمرين أساسيين كالتالي :

أولاً : الأعراض المميزة خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة.

ثانياً : الأعراض المميزة للطفل في النصف الثاني من العام الأول من عمره.

ويمكن أن نشدول ذلك بشيء من التمهيد على النحو التالي :

**أولاً : الأعراض المميزة للطفل التوحدي خلال الشهور الستة الأولى من العمر :**

هناك العديد من الأعراض التي يمكن أن نثير الطفل التوحدي خلال الشهور الستة الأولى التالية لولادته مباشرة، أي خلال الشهور الستة الأولى من عمره . ويمكن أن نعبر عن تلك الأعراض كما يلي :

- ١ - يبدو وكأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه .
- ٢ - لا يبال بحالة أن يقتل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به .
- ٣ - تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التحفظ الخاص بتلك العضلات .
- ٤ - كذلك فهو لا يركب إلا قليلاً، ولكنه مع ذلك يكون سريع العصب أو الانفعال بشكل كبير .
- ٥ - لا يستطيع الطفل إلى جانب ذلك خلال الشهور الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه، أو يتابعها بعينه .
- ٦ - يكون خلال تلك الفترة قليل المظهر بشكل ملحوظ .
- ٧ - لا ينسم إلا نادراً .
- ٨ - تكون تلك الكلمات التي يمكن أن ينطق بها غير معهومة .

- ٩- من الأمور الهامة التي نغير استنتاجاته ألفا دائماً ما تكون متوقعة .
- ١٠- عادة لا يأتي الطفل بأي استجابة يمكن أن نعتبرها غير متوقعة .
- ١١- لا يبدى ذلك الطفل أى اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه .

ثانياً ، الأعراض المميزة للطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمره :

ي لا شك فيه أن هناك وقتاً لما أظهرته نتائج الدراسات الحديثة في هذا المبدأ العديد من الأعراض أو السمات التي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمره ، وهو ما يساعدنا في اكتشاف حمة قبل أن يصل الطفل إلى الثالثة من عمره . وهذه الأعراض أو السمات هي :

- ١- لا يبدى الطفل أى اهتمام بالألعاب الاجتماعية .
- ٢- لا يبدى الطفل أى اهتمام نتيجة حدوث أى شيء أمامه .
- ٣- يمتنع الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي .
- ٤- يكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً .

ويؤكد ستون وآخرون ( ١٩٩٩ ) Stone et al. أن الدراسات الحديثة وقد لندك توصح أنه من خلال إجماع عدد من الإحراطات والخطوات يمكننا بطبيعة الحال التوصل إلى تشخيص لاضطراب التوحد لدى الطفل حتى قبل أن يبلغ ذلك الطفل الثالثة من عمره . وحسب بالذكر أن هذه الإحراطات والخطوات تتمثل فيما يلي :

- ١- إجماع تلك الخطوات العريضة التي تمثل أعراضاً أو سمات تميز الطفل خلال العام الأول من عمره سواء في النصف الأول ، أو النصف الثاني منه .
  - ٢- التعرف على أوجه القصور في الجانب الاجتماعي التي يتسم بها الطفل وتجهدها سواء كان ذلك في أى جانب من الجوانب التالية :
- أ - التفاعل الاجتماعي .



ب- العلامات الاجتماعية.

ج- السلوك الاجتماعي.

د - الألعاب المتنوعة.

هـ - التصور أو التأخر في اللغة للتطوُّع.

و - السلوكيات النمطية المتكررة التي يأتي بها الطفل ،

ز - اهتماماته المصيفة.

ح - اهتمامه بأجزاء من تلك الأشياء.

وعندما ما يكون والدو الأطفال الترحيبي هم أول من يلاحظ أن هؤلاء الأسماع لا يستجيبون لمتغيرات الاجتماعية، ولا يظفي علينا أن عدم الاستجابة من جانب هؤلاء الأطفال أو قصور مثل هذه الاستجابة للمتغيرات الاجتماعية والثافية في بينهم لا يمكن بأى حال من الأحوال أن يضعها على متصل واحد مع أنماطهم من الأطفال الأسوياء إذ أن الأسماع التوحديين يفترون من العالم بطريقة خاطئة عريضة، ومن ناحية أخرى فإن مثل هؤلاء الأطفال يفترون في الشهور الأولى من حياتهم إلى العناق شيجة ما يملوه من عدم الاهتمام بوجود الأم، أو متابعتها بصرياً، كما تجتاحهم رغبة ملحة لمحمظ عى الرنابة والروتين في البيئة المحيطة، والإلقاء عليها كما هي دون إحداث أى نوع من التعبير فيها، كما يسمون بالسلوكيات المثارة ذاتياً كالفزع، والدردون السريع، وانصراب بالذراع بعنف ، كذلك فهم يأنون بكثير من السلوكيات الذمعة كصرب الرأس أو اليد في الحائط، أو في أى شى ثابت أمامه إلى جانب أن الطفل يعصر نفسه، أو يؤذى ذاته ، كما يفتقر إلى التواصل البصرى مع الآخرين حيث لا يستطيع أن ينظر في عيني من يقوم بالتحدث إليه.

رئيسيف يوسوم وهوفانيتز (١٩٩٧) Newsom & Hovanitz أن هؤلاء الأطفال يتجنبون إلى لأشياء غير الحية، أو إلى أجزاء بسيطة من تلك الأشياء كقطعة من حبل صمغ، أو قطعة من رباط حذاء، أو ما شابه ذلك . ويذكر هوك وآخرون (١٩٩٥) Hauck et. al أن الدراسات الحديثة في هذا المجال قد كشفت عى أن هؤلاء الأطفال

بعمسوس إلى حد كبير في طقوس سلوكية ثابتة، وتقل بدرجة كبيرة مدارسهم لإدماة علاقات ونماذلا اجتماعية مع الآخرين عند مقارنتهم بأقرانهم المتخلص عقلي حيث تقصدهم بدرجة كبيرة الاستجابة الاجتماعية للآخرين وهو الأمر الذي يجعلهم يؤثرون الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

ومن جانب آخر عني إصدار حديث عن المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (1998) Detroit Medical Center حول طبيعة ذلك الاضطراب ينص على أن هذا الاضطراب النمائي الحاد المعروف بالتروح autism أو اضطراب التوحدا لا يزال السبب الحقيقي للشكل عنه غير معروف للآن ، وأن الطفل التوحدي لا تتطور لديه شخصية مبرزة أو مهارات تفاعلية، وعادة ما يتم اكتشاف هذا الاضطراب قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهراً، وبعد هذا الاضطراب أكثر شيوعاً من رمة أعراض داون Down's syndrome ويستمر مدى الحياة، كما يصيب أربعة أو خمسة أضعاف من بين كل عشرة آلاف طفل ، ( تؤكد الإحصاءات الحديثة أن سبه انتشاره قد يعب ١. ٢٥٠ حالة ولادة ) ، وتتضاعف إصابة البنين به أربعة أضعاف قياساً بالنسب حيث تبلغ نسبة انتشاره بين البنين قياساً بالبنات ٤ : ١ ، وإلى جانب ذلك هناك قصور يميز الأطفال التوحدين وذلك في عدد من المجالات التي تتمثل فيما يلي

- ١ - مجالات العلاقات الاجتماعية .
- ٢ - السلوك .
- ٣ - اللغة والتواصل .
- ٤ - اللعب .
- ٥ - العمليات الحسية والإدراكية .

ويذهب دورمان ولينيفر (1999) Dorman & Lefever إلى أن اضطراب التوحدا بعد بمثابة اضطراب طيفي spectrum بمعنى أن أعراض ومخات هذا الاضطراب يمكن أن تظهر في مجموعة كبيرة من التصنيفات التي تتراوح بين البسيطة إلى الحادة ، وعلى الرغم من أن اضطراب التوحدا يمكن تعريفه من خلال مجموعة معينة

من السلوكيات فإنه من الممكن بالنسبة للأطفال والمراهقين أن يدركوا أى مجموعة من تلك السلوكيات بأى درجة من الخلل. كما أننا قد نجد طفاًئيل ينتمى للشخص يمكن أن يتصرفا بشكل مختلف كثيراً عن بعضهما ، وأن يكون لديهما مهارات متباينة. وتعتبر ملاحظات الوالدين، والتاريخ النمائي للطفل على درجة كبيرة من الأهمية في هذا الإصدار. وقد يبدو بعض الأطفال التوحدين منذ الولادة الأولى وكان لديهم تحفلاً عبقياً ، أو اضطراباً سلوكياً، أو مشكلات في السمع ، أو حتى سلوك شاذ أو غريب الظهور ، إلا أن ما يزيد الأمر تعقيداً أن مثل هذه الاضطرابات قد توجد لديهم بالعض، وهذا تتزامن مع اضطراب التوحد حيث قد يكون هذا الاضطراب مصحوباً بأى منها. ولكن يبدو من المهم أن نثير أن اضطراب التوحد ويؤثر مثل هذه الحالات حتى يمكن تقديم البرنامج العلاجي أو التربوي المناسب لكل حالة.

وجدير بالذكر أن الأطفال التوحديين قد يكون نمواً شبه عادى حتى سن ٢٤ - ٣٠ شهراً ثم يلاحظ الوالدان تأخراً كما تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America في عدد من الحالات كالتالى :

- ١ - مهارات اللغة والتواصل .
- ٢ - اللعب .
- ٣ - العلاقات الاجتماعية .
- ٤ - السمات الحسية والإدراكية .
- ٥ - السلوكيات . ومن الملاحظ أن سلوكهم يتطلب عليه عدد من السمات التي يمكن أن تميزه من بينها ما يلي :
- أ - التبدل الانفعالي .
- ب - عدم التأثرات بالمعايير الاجتماعية .
- ج - سهولة الانقياد .

د - معرفة الاستهواء.

هـ - الشعور بالتوبة.

و - الشعور بالإحباط.

ز - ضعف الثقة بالنفس.

ومن الأكثر احتمالاً أن تلك السمات المرتبطة بسلوكهم تعد بمثابة ذلك الأمر الذي يؤدي بهم إلى السلوك العدواني سواء تمثل ذلك في إيذاء الذات، أو الآخرين، أو تعطيل الممتلكات . كما أنه قد يؤدي بهم أيضاً إلى بعض الاضطرابات السلوكية الأخرى، أو المسوكيات، المتصادمة للمجتمع وإن كان أكثرها شيوعاً بالنسبة لهم هو السلوك العدواني بأبعاده المستتمة.

ويؤكد دونالد وبيوس (Dunlap & Pierce ١٩٩٩) أن اضطراب التوحد يؤثر في عمره الطفل على التواصل وفهم اللغة ، واللعب ، والتفاعل مع الآخرين . وأنه يعد عذبة ، ملة أعرض مرضية سلوكية ، وهذا يعني أن تعريه يقوم على النمط السلوك التي تصدر عن الفرد أو لطفل الذي يعاني منه . ولا يعد اضطراب التوحد مرضاً بالمعنى الذي عرفه ، كما أنه ليس معدياً أي لا ينتقل من فرد إلى فرد آخر . وسيلة معية أو بأخرى ، كما أنه لا يكتسب من خلال الاتصال بالبيئة . وقد صير عن الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism Society of America أ ب اضطراب التوحد وما يرتبط به من سلوكيات تحدث لفرد واحد من بين كل خمسمائة فرد أي نسبة ٥٠٠:١ ( مع ملاحظة أن نسبة الانتشار قد بلغت ١: ٢٥٠ في عام ٢٠٠٣ ) ، وأن نسبة انتشاره بين البيس تزيد عن انتشاره بين البسات بأربعة أضعاف ، ويسبب هناك حدود اجتماعية ، أو حدود تتعلق بالمعصر أو السلالة تؤثر على اعتماد حدوثه ، كما أنه لا يتأثر أيضاً بدخل الأسرة، أو للمستويات التعليمية لأفرادها . ويتصح من خلال إصالح المركز مقاومة الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة الأمريكية (١٩٩٩) Center for disease control and prevention أن اضطراب

التوحد لا يرتبط بأي تاريخ أسري مرضي، أو أي ممارسات لسرية، أو ثقافية وهو الأمر الذي أدى إلى رفض بعض النظريات التي سادت من قبل والتي ربطتها بعض السلوكيات الوالدية . وقد أصدر المركز إحصائيات تدل على أن هناك حوالي خمسمائة ألف شخص بالولايات المتحدة يعانون من اضطراب التوحد، وقد جعم بعض الانتشار هذا من ذلك الاضطراب ثالث أكثر الاضطرابات المعالجة شيوعاً بنسبة ١:١٠٠ إلا أن تلك الإحصائيات التي نشرها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث اضطراب التوحد National Alliance for Autism Research NAAR بالولايات المتحدة الأمريكية في يناير ٢٠٠٣ تؤكد أن هذا الاضطراب قد أصبح يمثل ثاني الاضطرابات السائدة شيوعاً وثاني أكثر الإعاقات العقلية شيوعاً وانتشاراً وذلك بعد التخلف العقلي.

وإذا كانت الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism Society of America تؤكد على معدل الانتشار هذا والذي جعل من هذا الاضطراب أسوأ ثالث أكثر الاضطرابات الثمانية شيوعاً فإن تقرير قسم الخدمات الخاصة بنوى الاضطرابات المعالجة بولاية كاليفورنيا (١٩٩٩) California State Department of Developmental Services يؤكد هذا الرأي حيث يتضح أنه بحلول الستينيات من القرن الماضي وبداية السبعينيات كان معدل الانتشار في كاليفورنيا حوالي ١:١٠٠٠ وقد ازداد هذا المعدل بشكل كبير في السنوات الأخيرة حيث أصبح الآن حوالي ١:١٠٠. وتؤكد الإحصائيات أن عدد الأفراد التوحديين في كاليفورنيا قد ازداد بشكل كبير منذ عام ١٩٨٧ حتى نهاية عام ١٩٩٨ حيث بلغ عدد الأفراد التوحديين في كاليفورنيا حوالي ١٠,٠٠٠. وتؤكد الإحصائيات أن عدد الأفراد التوحديين في كاليفورنيا قد ازداد بشكل كبير منذ عام ١٩٨٧ حتى نهاية عام ١٩٩٨ حيث بلغ عدد الأفراد التوحديين في كاليفورنيا حوالي ١٠,٠٠٠. وتؤكد الإحصائيات أن عدد الأفراد التوحديين في كاليفورنيا قد ازداد بشكل كبير منذ عام ١٩٨٧ حتى نهاية عام ١٩٩٨ حيث بلغ عدد الأفراد التوحديين في كاليفورنيا حوالي ١٠,٠٠٠.

التقديرات أن هناك معدل الزيادة السنوية في عدد الأفراد التوحديين قياساً بأقرانهم ذوي الاستعدادات الأخرى يصل إلى ٣ % تقريباً.

ويحدد المركز الطبي، مستشفى ديترويت الأمريكية (١٩٩٨) Detroit Medical Center عدداً من السمات التي تظهر الأطفال التوحديين في عدد من المجالات والتي تعتبر جميعاً من الملامح الأساسية المميزة لهذا الاضطراب ، وبالتالي يتم الاعتماد بدرجة كبيرة على وجودها لدى الطفل حتى يتم تشخيصه على أنه يعاني من الاضطراب وتدرج هذه السمات تحت خمسة مجالات أساسية هي :

١ - العلاقات الاجتماعية.

٢ - التواصل.

٣ - السلوكيات.

٤ - العمليات الحسية والإدراكية.

٥ - اللعب.

ويمكن تلؤل هذه السمات على النحو التالي :

**أولاً : العلاقات الاجتماعية:**

من المثير بالذكر أن الطفل التوحدي قد يعيش في التفاعل مع العالم من حوله رغم أنه يقضي جزءاً كبيراً من الوقت بمفرده وذلك بدلاً من توجده مع الآخرين ، كما أنه لا تهو عليه السعادة أبداً إلى جانب أنه يعاني من قصور في الاعتمادات الاجتماعية قياساً بأقرانه في مثل مه فلا يبدى سوى قدر ضئيل من الاهتمام بتكوين صداقات ، وتقل استجابته للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو الابتسام مثلاً.

ويرى جيلسون (٢٠٠٠) Gillson أننا عندما نتكلم في اضطراب التوحد وما يرتبط به من سمات فحالياً ما نجد أن اختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي

نفسه التوحدي يمثل الخاصية الأساسية المميزة للاضطراب. كذلك فإن النمو الاجتماعي للأفراد التوحديين لا يتطور بحسب تواتر نوحهم العقلي على الرغم من وجود قصور في النمو العقلي أيضاً، فهما قد يبلغ النمو العقلي لدى الطبيعي مدى البعض منهم أو حتى لدى فرق الطبيعي لدى نسبة ضئيلة منهم وخاصة أولئك الذين يعانون من متلازمة أسبرجر يُحد أن نوحهم الاجتماعي يتخلف عن ذلك كثيراً، ومن ثم فإنه أحياناً تتم الإشارة إلى الفرد التوحدي على أنه غير ناضج اجتماعياً، ويرى أن هناك ثلاثة جوانب لاحتلال الأداء الوظيفي الاجتماعي للطفل التوحدي، من حسب احتلال النحى الاجتماعي لديه يمكن أن تمثل بشكل واضح بروتيفاً محدداً به في الجانب الاجتماعي بشكل عام وهو ما يتطلب أن توليه جل اهتمامنا، ونتمثل هذه الجوانب فيما يلي :

أ - عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر واختلاف الأفكار والمشاعر .

ب - عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله في المواقف الاجتماعية المختلفة .

ج - العجز أو القصور الاجتماعي .

وبعد هذا هو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث العديد من المشكلات في الجانب الاجتماعي ويعمله بالتالي يمثل أحد جوانب القصور الخطيرة لديهم ، وفي هذا الإطار يمكن نسب تلك المشكلات التي ترتبط باحتلال الأداء الوظيفي الاجتماعي إلى ثلاث فئات كالتالي :

أ - التجنب الاجتماعي ،

ب - التلامية الاجتماعية ،

ج - التفاعلية الاجتماعية ،

ومن هذا المنطلق نجد أن التعامل يتجنب كل أشكال التفاعل مع الآخرين ، ويصعب أو يجري بعيداً عندما يجازل أحد الأشخاص أن يتفاعل معه ، وقد يرجع

ذلك إلى أنه يمتلكه الحروف من جراء ذلك، وأنه لا يجب الآخرين، وأن رد فعله هذا يرجع إلى مرط حساسيته لبعض أنواع التأثيرات الحسية. وإلى جانب ذلك فهو يرى نفسه الأكثر شعبية بين أقرانه. ولا يبحث عن التفاعل معهم ما لم يلجأوا هم إلى ذلك، ولا يتضابق من وجوده بمفرده أو مع الآخرين. أما فظاظتهم الاجتماعية لتجعلهم على الرغم من رغبته في تكوين صداقات مع غيرهم من الأطفال لا يستطيعون الحفاظ عليها وعليهم، ويرتبط ذلك إلى درجة كبيرة بالقلق أو القصور المعنوي الذي يعانون منه وهو ما سوف نتناوله مع تفسير ذلك وفقاً لنظرية العقل أو معرفة theory of mind والتي ستناولها عند حديثنا عن القصور في التواصل من جانب هؤلاء الأطفال.

ريدهب جلوان (١٩٩٦) إلى أن الأطفال التوحدي يتسمون بعدم الفطرة على المشاركة في العلاقات الاجتماعية، واضطرابات في القدرة على عمل صداقات تميدية إذ يس لديهم الهواجس اللازمة لذلك. كما يتعصبهم التعاطف مع وجهات نظر ومشاعر الآخرين، وهم غالباً لا يتشعلون في التفاعلات والأعمال التعاونية أو المباداة مع أعيانهم. ومن ناحية أخرى فإنهم لا يباحثون بإجراء حوار مع الآخرين. وببداية المصادفة فإنها تكون بحورية ثانية بعيدة عن مستوى اهتمام المستمع، وربما يهربون من منتصف المصادفة. وحديثنا بالذكر أن الفرد التوحدي يصبح في حالة تجميع وإثارة عندما يقترب الآخرون منه، أو يتفاعلون معه، كما أنه في الغالب يرفض أي نوع من الاتصال، والتفاعل الطبيعي الاجتماعي حتى البسيط منه. ويمكن أن يشترك الطفل التوحدي في الاتصال بشخص آخر من خلال التحدث بتودد وحب، أو من خلال التحدث بطريقة الطفل الذي يعاني من تخلف عقلي شديد.

ومن الأمور التي قد تعرفه عن التواصل الطبيعي مع الآخرين أن كلامه يتفهمه الرضوح والمعنى، كما أن لديه تقبلاً في التواصل البصري، وفهم التصورات الوحدية، والإيماءات الاجتماعية. ويرى تريانيل (١٩٩٦) Trepagnier أن توحده القصور



لنحية، والاجتماعية، والمعرفية، والقصور في التواصل لدى الأطفال التوحديين. وحسب ما يعانيه من احتلال في التواصل بالعين، وتغيرات الوجه من خلال العلاقة مع القائم برعايتهم ترجع إلى احتلال التفاعل الاجتماعي في المشهور الأرقى من عمر الطفل كما يتضح من خلال احتلال أو نقص قدراتهم على الحملقة والتتابع البصري خلال تلك الفترة المبكرة من أعمارهم.

### ثانياً، التواصل:

من الأشياء الهامة التي يمكن أن نلاحظها بوضوح على الطفل التوحدي والتي تشكل أحد أوجه القصور الأساسية التي يعاني منها أن لغته تنمو ببطء، أو أنها قد لا تنمو على الإطلاق، كما أنه يستخدم الكلمات دون أن يكون لها معنى محدد وواضح، وغالباً ما يعوم بتكرار غير ذي معنى لكلمات أو عبارات يطلقها شخص آخر. وفي أغلب الأحيان يجده يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات، ولا يستخدم الحديث للتواصل ذي لفعلي، وإلى جانب ذلك فإن الانتباه لديه ينقسم بفضله.

ويشير محمد كامل (١٩٩٨) إلى أن التواصل الأطفال التوحديين مع من يحيط بهم يعد مشكلة متعددة الجوانب تظهر في صورة انخفاض في مهارات التواصل، ومشكلات في التعبير عن المشاعر، والانفعالات، والحالات النفسية التي يمر بها، ومن ثم يصعب لديهم بعض السلوكيات الدالة على التحدى أثناء استشارتهم اجتماعياً، أو انحبس مثل الإلقاء ببعض الأشياء بعيداً، أو قذف ما يكون بأيديهم، وما إلى ذلك من سلوكيات العدوانية وهو ما يعد تعبيراً عن رعبهم في جذب انتباه المحيطين بهم إلى أحداث أو أفكار معينة لا يستطيعون التعبير الصحيح عنها، وقد تحدث تعوياً عن إحباطات معينة يمر بها. وقد يصل الحال بهم نتيجة لذلك إلى جانب عدم قدرتهم إدسية للتعبير عن أنفسهم إلى إيذاء الذات وهو ما يعد نمطاً من أنماط السلوك العنواني، إلا أنه يكون عبارة عن عذوق موجه نحو الذات.

ومن ناحية أخرى تعد اضطرابات اللغة والكلام والحواس المعرفية من المصاهر الأساسية في اضطراب التوحد ، وجميعها بلا شك جزءاً أساسياً سليمة على التواصل من جانب الأطفال التوحديين . ومن المتوقع أن تؤدي تلك الاضطرابات إلى نوع من التشابه بين كل من اضطراب التوحد والاضطرابات اللغوية ، وبسبب ذلك يتم الخلط أحياناً بين اضطراب التوحد وتلك الاضطرابات . ويرى سميث وآخرون (١٩٩٥) Smith et.al. أنه من الممكن التمييز بينهما في عدد من النقاط البسيطة ذات الأهمية حيث نجد أن هناك العديد من الحقائق التي يمكن أن ترتبط بكل فئة من هاتين الفئتين، والتي تميزها بالتالي عن الفئة الأخرى . ويمكن أن نعرض لذلك كما يلي :

- ١- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يحاولون دائماً التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه .
- ٢- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية عادة ما يظهرون تعبيرات انفعالية متنامية تساهم في فهم تعبيرات الوجه .
- ٣- ١. الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يمكنهم أن يقوموا باستخدم اللغة حيناً بعد أن يتم علاج مثل هذه الاضطرابات التي يعانون منها .
- ٤- أن الأطفال التوحديين في المقابل لا يظهرون تعبيرات انفعالية ممتدة أو حتى تعبيرات انفعالية مصاحبة وهو ما يضيف تعقيداً جديداً لفهم تعبيرات الوجه .
- ٥- أن الأطفال التوحديين يفضلون في استخدام اللغة كوسيلة من وسائل الاتصال والتواصل بدون تدريب، على ذلك حيث أنهم عادة ما يعانون من قصور بنوي في مفرداتهم وتراكيبهم اللغوية، كما أن اللغة قد لا تنمو لدى بعضهم على الإطلاق .
- ٦- أن الأطفال التوحديين جسمون عادة بما يعرف بالترديد المرضي للكلام وهو الأمر الذي قد يجعل الكثيرين يتجنبون التواصل معهم .

وبعد التردد المرضي للكلام echolalia بمثابة أحد الأمثلة الصارخة التي تعكس بعض مشكلات التواصل بالنسبة لهؤلاء الأطفال . ويعني ذلك قيام الطفل بترديد الكلام الذي يوجهه إليه أحد الأشخاص الآخرين دون أن يكون ذلك في محله المناسب، أو حتى دون أن يعي معناه . فلو افترضنا على سبيل المثال أن الأم تطيب من طقمها التوحدي أن يحضر لها شيئاً ما، لو أن يقوم بفتح باب المشقة مثلاً فتقول له " افتح الباب " ، وهنا يرد الطفل عليها مردداً نفس العبارة فيبدو الأمر وكأن الأم " نسمع صدى صوتها حيث يرد الطفل قائلاً " افتح الباب " . كذلك فلو طلبت الأم منه أن يشير بإصبعه إلى الراديو مثلاً " كأن تقول له : " عليك أن تشير بإصبعك إلى الراديو " ، فيرد الطفل قائلاً " عليك أن تشير بإصبعك إلى الراديو " . ومن ناحية أخرى إذا سألته الأم مثلاً قائلة " أين قميصك ؟ " فإنه يرد عليها مردداً نفس لعبارة التي يكون قد سمعها منها للتو فيقول من جانب " أين قميصك ؟ " ، وهكذا . وبالتالي فإن ملاحظ من خلال المثال السابق أن الطفل يقوم بترديد نفس الكلمات التي يسمعه . وذلك بطريقة بغائية مما يجعل الأمر يبدو وكأن الشخص الذي يتحدث إليه لا يسمع سوى صدى صوته echo وهو الأمر الذي لا يساعد في إجراء أى حوار أو مناقشة تجمع بينه وبين أحد الآخرين ، كما يجعل في الوقت ذاته على جعل الآخرين لا يودون إقامة أى علاقه معه، بل إن الأمر قد يصل في بعض الأحيان إلى أنهم ربما يعزرون منه، أو من التعامل معه، وبالتالي قد يعملون على تجنب الاحتكاك به .

وعلى الرغم من أن البعض يرى أن النمو العقلي للطفل التوحدي ربما يتطور بشكل شبه عادي لدى بعض هؤلاء الأطفال مع تسليم الكثيرين بوجود قصور في هذا الجانب أيضاً، فإن مثل هذا التصور على أى حال يكون أمم وطأة من النمو الاجتماعي ، وما يدعهم ذلك أن هناك من الباحثين والعلماء المهتمين بدراسة هذا الاضطراب من يرون أن التردد المرضي للكلام ربما يرجع إلى قصور في الجانب العقلي فبعضهم لا يستطيع التركيز على (إشارة أو عاصية واحدة للشيء ولا يستطيع أن يركز على أكثر من ذلك في ذات الوقت فإذا عرضنا عليه صورة لوردة مثلاً، وقد نه بها

ورده، وحيث أن مركز كثير أعلى حركات الشفاه لتوضيح الصوت له، فسوف نجد أنه قد يطر إلى الصورة، وعسكها يده فقط دون أن ينطق بالصوت، أي دون أن يقول أما ورده حيث لا يكون بإمكانه أن يولي انتباهه لأكثر من جانب واحد، أو خاصية واحدة للشيء الواحد في نفس الوقت . وبعد ذلك حالة منطرفة خاصة التركيز centeration التي يتميز بها تفكير الطفل العادي حتى سن السابعة حيث يرى عدد عبد الله (١٩٩٢) أنه وفقاً لهذه الخاصية لا يستطيع الطفل أن يضع في اعتباره أكثر من جانب واحد، أو خاصية واحدة للشيء في الوقت ذاته كالطول، أو العرض مثلاً، ومن ثم لا يمكنه أن ينظر إليه إلا من زاوية واحدة فقط حيث لا يكون بمقدوره أن يدرك قانون التعويض Compensation بعد والذي يعني أننا عندما نعرض عليه بعض مناشئين شكلاً وارتفاعاً، ويوجد بكل منهما نفس الكمية من الماء، ثم نعب الماء من إحدهما في إناء آخر أقل في الارتفاع، ولكنه أكثر اتساعاً من الإء الأول فإن طول الإء الأول يعوضه اتساع الإء الثاني، وأما لم نأخذ من كمية الماء الموجود شيئاً، ولم نصف لها أيضاً، ومن ثم يدرك أن كمية الماء واحدة في الإناءين . وبالتالي نلاحظ أن ذلك ليس هو المقصود هنا، ولكن المقصود هو حالة قسم برودة مستوى نظرها، فالطفل يركز على الوردية وعسك الصورة يده، ولكنه لا يستطيع أن يقول إن وردة عسى الرعم من التركيز الواضح على حركة الشفاه من جانباً أثناء النطق بكلمة .

ومثل هذه الخاصية إحدى الأهداف التي نحاول من خلال جدول النشاط المنصورة أن نعمل على تمتيتها لدى الطفل، فحينما نقوم بعرض الصورة عليه ويطلب منه أن يشرح إليها، وأن يضع إصبعه عليها، وأن يذكر اسم ما تتضمنه تلك الصورة من أدوات، أو ما تدل عليه إذا كان يعرف ذلك، أو ينتظر لورد ذلك لاسم وراء الباحث . كما قما من جانب آخر يادعم ذلك على مكونات الأنشطة المنظمة أيضاً ( عادل عبد الله ومى خليفة ٢٠٠١، عادل عبد الله والمسيد فرحات ٢٠٠١ ) . وهو أمر يحتاج منا لا يدع مجالاً للشك إلى مزيد من الصبر والتأثير حتى يمكن أن ندع

من هذا الحقل أو محدده إلى الدرجة التي تجعل تلك الحيلة اللغوية التي يتكسبها الطفل تزداد وتسمو ، كما تجعل باستطاعته نتيجة لذلك أن يفهم حواره ، أو مناقشة بسيطة مع أحد الأقران .

ومن ناحية أخرى يضيف كينول (Kendall ٢٠٠٠) أن الطفل التوحدي بجانب فهمه يتكرر غير ذي معنى للكلمات التي يسمعيها لا يستطيع معاني الكلمات التي تساعد على استرجاع المعلومات ، ولا يمكنه أن يعد ترتيب تلك المعلومات التي يستقيها حتى يتمكن من الإقلال قدر الإمكان من ذلك التكرار وهذا التردد المرضي للكلام ، كذلك فهو لا يستطيع أن يستعمل الكلمات التي لديه في سياقات أو مواقف اجتماعية عذمة وهو الأمر الذي يحتاج إلى تدريب مستمر حتى يتمكن من ذلك عن طريق استحسان جملة أو عبارات قصيرة وبسيطة يمكنه من خلالها أن يدخل في محادثات أو مناقشات ذي معنى مع الآخرين .

وإن حسب ذلك هناك حفيظة عامة تساعد على حلول العصور في التواصل من جانب الأطفال التوحديين واستمراره وهي أن مثل هؤلاء الأطفال يعانون من قصور في فهم وإدراك الحالات العقلية mental states سواء الخاصة بهم ، أو بغيرهم من الآخرين المحيئين بهم . وهناك ما يعرف بنظرية العقل أو المعرفة theory of mind تعرض لذلك حيث تناول قدرة الفرد على إدراك الآخرين ، وفهمهم من خلال حالاتهم النفسية الداخلية internal mental states كالاتجاهات ، وتوحيات ، والاتجاهات ، وفهم البيئة الاجتماعية ، والقدرة على الإتيان بسلوك اجتماعي مناسب ، وهو الأمر الذي يرى أنه يرتبطاً بسميه في هذا المجال بالقدرة على أخذ دور role-taking ability عقلياً ، واجتماعياً ، وانفعالياً . وبالنسبة للأطفال التوحديين نجد أنه ليس بمقدورهم تكوين اتجاهات معينة ، أو أدراك ما يعتقد الآخرون ، كما تكون ثنية غير واضحة في سلوكياتهم ، ولا يمكنهم من ناحية أخرى إدراك نوايا الآخرين ، وتقييم ما يصدر عنهم من سلوكيات في ضوء ذلك . وإلى جانب ذلك فإنهم لا يستطيعون التعبير عن انفعالاتهم بشكل مقبول ، ولا يكون

يمكنهم التعبير عن الانفعالات المختلفة . أما بالنسبة لبيئة الاجتماعية فيس من السهر عليهم فهم تلك البيئة، وإدراك مكوناتها، وما يمكن أن يوجد بينها من علاقات. كما أن سلوكياتهم الاجتماعية في أغلبها تكون غير مقبولة اجتماعياً . ولنذكر هنا إذا ما أردنا أن نقوم بتنمية قدرتهم على التواصل يصبح لزاماً علينا أن نلتمس هذه الجوانب المختلفة والمتعددة التي عرضنا لها ( عادل عبد الله ٢٠٠٠ - ١ ) حيث يكون حينئذ أن نسمى للمستوى المنخفض هؤلاء الأطفال ، وأن نلتمس عن التمييز بين الانفعالات المختلفة ، وأن نساعدهم على إجراء الحوارات المختلفة مع الأقران ، وأن نساعدهم على إثبات سلوكيات اجتماعية مقبولة وذلك من خلال تنمية بعض مهاراتهم الاجتماعية وهو ما يؤدي بطبيعة الحال إلى تمكين مستوى تفاعلهم الاجتماعية ، وهو ما كشفت عنه نتائج تلك الدراسة التي أشرنا إليها حيث تمسك انماطر السلوكية للتضحية .

ويرى موسجر وكسانى (١٩٩٩) Bauminger & Kasari أن الدراسات الحديثة التي تناولت هذا الموضوع قد أثبتت أن هؤلاء الأطفال لديهم قصور واضح في تلك الجوانب أو القدرات ، وأن جميعها كما نعلم يرتبط بالقلوات العرفية . ومن ثم فإن هذا الجانب من جوانب التصور يمثل مظهراً آخر من تلك المظاهر المميزة لاضطراب التوحد . ومع ذلك يرى جميع من الباحثين أن حوالي ٧٥ ٪ تقريباً من الأطفال الموحدين لديهم نسب ذكاء في حدود التخلف العقلي البسيط أو المتوسط ، كما أن بعضهم يتمتع بمستوى ذكاء متوسط ، في حين نجد أن نسبة تتراوح بين ٥ - ١٠ ٪ من هؤلاء الأطفال لديهم قدرات عقلية مرتفعة ونسب ذكاء مرتفعة أيضاً .

وحقيقة أن هذه النتائج تعد على درجة عالية من الأهمية في هذا الإطار، ولكن الأمر يتطلب أن نوضح من جانبنا أن بعض هذه النتائج كان سائلاً وقت نشر تلك الدراسة وما بعدها، ولكنها قد تفرقت في جانب منها حيث توضح تلك الإحصاءات الحديثة التي نشرها الاتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) NAAR عدداً من الحقائق يمكن أن نعرض لبعضها كما يلي :

١- أن ما يربو على حوالي ٩٠ ٪ تقريباً على الأقل من الأطفال التوحديين يقع مستوى ذكائهم في حدود التخلف العقلي البسيط أو المتوسط فصلاً

٢- أننا نادراً ما نجد أطفالاً توحديين يقل معدل ذكائهم عن مثل هذا المستوى ،

٣- أن جانباً من هؤلاء الأطفال الذين يمثلون النسبة الباقية تقل مستويات ذكائهم عن تلك الحدود، وألهم عادة ما يعانون من التخلف العقلي إلى جانب اضطراب التوحد.

٤- أن جانباً لا بأس به من تلك النسبة المتبقية منهم تكون مستويات ذكائهم مرتفعة، وربما مرتفعة جداً، وقد يكون بعضهم موهوباً حيث يكبر من ذوي متلازمة أسوجر ،

وبذلك نلاحظ أن أوجه القصور التي تميز اضطراب التوحد هي أوجه قصور متعددة ، وإن كانت جميعها لا تعتبر هي المسؤولة عن حدوث الاضطراب إلا أن في العاقبة تعد نتيجة لحدوث هذا الاضطراب حيث أن أيأ منها لا يحدث إلا بعد أن يبدأ العمل بالفعل في المعالجة من هذا الاضطراب . وهذا يؤكد فكرة أننا جميعاً نعد بمثابة نتيجة لتلك الاضطراب، وأما لا ترتبط بتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى حدوثه من قريب أو بعيد حيث أن مثل هذه الأسباب لا تزال كما أوضحنا سابقاً غير معروفة إذ لا يوجد هناك حتى الآن سبب واحد معروف على وجه التحديد بعد هو المسؤول عن حدوث هذا الاضطراب . ومن هنا لننتقل بصور البعض هذا الاضطراب على أنه ذو أوجه قصور أولية متعددة .

### ثالثاً : السلوكيات :

تمثل السلوكيات النمطية المتكررة والتكرارية المظهر الثالث من تلك المظاهر مميزة لاضطراب التوحد والتي تعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة التي يمكن تمييزها أو لأي شخص يتعامل مع الطفل التوحدي أن يلاحظها بسهولة حيث يحدث سلوك متكرر من جانب الطفل بداية من العام الثاني من عمره كأن يسهر مثلاً في إضاءة

الأشياء وإحداثها ، أو يستمر في نقل دمية من إحدى يديه إلى اليد الأخرى ، أو يمشي في أرجاء الغرفة يتحسس الحوائط . كما قد يقوم بتكرار اللعب بشيء واحد أو مع شخص واحد . وقد تتضمن الحركات الجسمية العامة التي يأتي بها مثل هذا الطفل تشبهك لأيدي أو ثنيها مثلاً ، أو صرب الرأس في الحائط ، وقد يسي سلوكيات عدوانية أو عيفة أو يهرج أو يودى نفسه ، كما يفتقر بشكل واضح إلى الوعي بالأمس ، وتشابه نوبات بكاء أو غضب مستمرة دون أن يكون هناك سبب وضح لذلك . وإذا ما جازنا أن نقوم بإيقاف تلك السلوكيات فإنه غالباً ما يستجيب لذلك بدولة مزاجية تمثل في أغلب الأحيان في البكاء والصراخ ، والتحيط باليد في أي شيء ثابت أمامه إلى جانب الغضب .

كذلك فإن الطفل التوحدي كثيراً ما يأتي بحركات جسمية غير عادية ، وتكون مثل هذه الحركات الجسمية بمثابة حركات عرصة ، وكثيرة ، ومتكررة في بعض الأحيان حيث يحده عصى سبيل للثال يرغف يديه وذراعيه وكأنه حمامة تحلق في الفضاء ، كما يكثر من العز في المكان . ويميل إلى أن يمشي على أطراف أصابعه ، أو يشد سعيه في أحيان أخرى بصورة يجعلهما بدوناً وكألفهما متصلتان ، ويدور كثيراً في المكان ويسمر على ذلك لفترة غير قصيرة ، وتكثر حركات يديه ورجليه عند استثارته ، أو عندما يحس النظر في شيء معين . إلا أن حركاته بشكل عام لا تنسم بالرشاقة سواء حركاته في المشي أو التسلق أو الاتزان ، وقد تنسم حركاته بالتصلب ، وقد يقف على درجات السلم بالقدمين معاً دون تهديل وذلك عند صعود السلم . وبوجه عام يفتقر قابلية هؤلاء الأطفال إلى الرشاقة الحركية ، واستعدادهم كالأطفال الآخرين للسرعة ،

وتضيف سميرة السعد (١٩٩٧) أن السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التي يديها هؤلاء الأطفال غالباً ما تنسم بأنها مقيدة ودو مدى ضيق ، وأنهم عادةً ما يعانون من حركات متكررة للجسم ، أو حركات هز طهيية سوء بالأصابع أو التبدل ، أو غير ذلك مما قد يؤدي إلى استثارة من حولهم ، إلا أنهم أحياناً يصل بهم الأمر إلى الإيذاء



جسدى لأنفسهم وهو الأمر الذى يعد بمثابة عنوان موجه نحو الذات . وبشرى عازى عبد الله (٢٠٠٩ - ١) إلى أن الطفل التوحلى قد يكون مغرط للشاعلة أو السسية حيث قد يظل ساكناً فى مكانه وكأنه يتنشى من حلول شىء ما ، أو يهب أن يتحرك من مكانه . كما قد يصل به الأمر من ماحية أخرى إلى حد الشاهد الحركى الرائد أو المفرط حيث أن الأمر عندما يبدأ بنقص الحركة فإنه عادة ما ينتهى بعد ذلك بمفرط الحركة . وجرى بالذكر أنه عند المقارنة بين الأطفال التوحدين وأقرانهم المتخمين عقياً فى النشاط الحركى للمفرط اتضح أن الأطفال التوحدين يتفوقون على الأطفال المتخمين عقياً فى هذا الجانب حيث كانت الفروق دالة لصالحهم فى نشاط حركى المفرط وأبعاده .

وهناك إلى جانب ذلك سمة أخرى لها أهميتها فى هذا الصدد تتمثل فى الثبات على روتين معين ، ومعاملة أى تغيير بطراً عليه حتى وإن كان ذلك التغيير طفيفاً . ومن المعروف أن هؤلاء الأطفال يفتون فى البداية عدم استقرار على أى نظام سواء فى الأكل أو النوم أو اللعب ، أو أى أداء سلوكى آخر ، إلا أنهم عندما يتعمدون نظام معين لأداء أى شىء فإنهم يتمسكون بهذا النظام بشكل صارم ، ويعملون على تصنيفه بمعاييرهم دون أن يطرأ عليه أدنى تغيير حتى يصل بهم الأمر إلى أن يصبحوا عنه هدد الروتين المتعقيد . وتشير سميرة السعد (١٩٩٧) إلى أن هذه المشكلة قد تحدث بطرق عديدة فقد يرفض الطفل تغيير مكان أى قطعة أثاث فى المنزل ولو ليصبح شينترات ، أو تغيير الطريق الذى يسلكه للوصول إلى مكان معين على سبيل مثال ، أو تغيير الأكل الذى يتناوله حيث قد يرفض أن يأكل أكثر من موعين أو ثلاثة من الأطعمة ، أو يصر على أن يوجد شىء معين كلمة أو زجاجة مثلاً برفقته طوال اليوم . وهكذا ، وعندما يتعمد الطفل هذا الروتين ويتمسك به ، ويصر عليه فإنه يصبح مسيطراً على حياة الأسرة بأكملها وليس على حياته هو فقط .

ولا يخفى عليها ما لجلال النشاط للصورة من أهمية ملحوظة فى هذا الجانب حيث يمكن من خلالها أن نجد من ذلك ، وسوف نرى أننا بعد أن نقوم بتعميم النتائج

مستخدم جدول النشاط المصور وإتباعه، وبعد أن يجيد الطفل القيام بذلك فإسأ يقوم عادة بإعادة ترتيب الصور والأشكلة للتضمة بالجدول فتصير أماكنها الأولى ، ثم بعض بعد ذلك على إضافة صور وأنشطة جديدة أو تولف جدولاً جديداً من جدولين موجودين معنا، ثم نقوم على أثر ذلك بتغيير أماكن الأدوات على الرف أو المنضدة ، وهكذا.

#### رابعاً : العمليات الحسية والإدراكية :

يعتمد الأطفال الموحديون كثيراً في استكشافهم للعالم على حواسهم المختلفة وخاصة اللمس، والتذوق، والشم وإن كانوا مع ذلك يميلون إلى كن من الطعوم الكريهة من جانب، وإلى الروائح الكريهة من جانب آخر . ومن الغريب أنهم قد يستمعون لتلك الألعاب التي تنطوي على التلامس الجسدي على الرغم من أنهم لا يحبون في الغالب أن يلمسهم أحد . وسوف نرى من خلال دراستنا لجدول ششط الصورة كيف يمكننا أن نتغلب على تلك الخاصية التي تعطل في أنهم لا يحبون عبأ . يلمسهم أحد . ويوضح من خلال هذه السطور القليلة السابقة أن حواسهم قد تتأثر بالتغيرات المختلفة إلى درجة أقل أو أكثر بكثير من أفرادهم وهو ما يعد مشكلة ودود من عو عداية للإلإ اسباب للحادية .

والى جانب ذلك فإن الطفل الموحدي قد يبدو وكأنه أصم حتى وإن كانت قدرته على السمع عادية ، فتجده على سبيل المثال يصر الشارح غير عانى بشك اسبيرة للسرعة التي تسير نحوه، أو بصوت آلة التنبيه التي يطلقها سائق تلك السيارة، وقد لا يكثر بالأصوات المختلفة من حوله، ولا يلتفت إليها مهما كانت درجة حدتها أو شدتها، ويبدو وكأنه لا يسمعهما جميعاً، ربما يجده في مواقف أخرى يسمع صوتاً منخفضاً بنبرة غير قليلة . كذلك إذا ما تمت حضائيقته فإنه قد يلجأ إلى المضوضاء الشديدة وهو الأمر الذي قد يصاحبه المحيطين به إلى درجة كبيرة ، وقد يجعل أثره يسمعون عنه ويفضلون عدم الاختلاط به . كما أنه من جانب آخر قد يصعب أصابعه

في أدبه، أو يعطيهما يديه وذلك عند سماع أصوات معينة حيث أن مثل هذه الأصوات ربما لا تروق له، أو أنه لا يحل إليها، ولا يفضل أن يستمع لها. ومع ذلك فإنه غالباً ما يتعذب إلى التوسيع خاصة الحقيقة منها إلى جانب التراكيب الغريبة، إضافة إلى ما أوضحناه سابقاً من انجذابه إلى الطعوم والروائح الكريهة. وقد يكون الطفل إلى جانب ذلك إما مفرط الحساسية للألم أو لديه نقص في حساسية للألم فلا يشعر به بسهولة، ويخبره وكأنه لم يحرق به، ولم يحرقه. ولذلك فإنه يضرب رأسه في الحائط، أو يضرب يده في أي شيء ثابت أمامه، أو يجرح أو يؤذي نفسه، أو يعلأ بقسميه الأرض بما عليها من مصادر ألم كالشوك، أو الزجاج، أو المسامير، أو ما إلى ذلك، وهكذا. ويختار ذلك أحياناً تمهيداً لردود فعل غير عادية للإحساسات البدنية وذلك عند مقارنته بأقرانه العاديين أو حتى لأقرانه من الفئات الإعاقة الأخرى.

ومن ساحة أخرى يرى عمر حليل (١٩٩٤) أن هذا الاضطراب في جوهره يعد «سقطاً في الإدراك»، وأن هؤلاء الأطفال كما ترى سميرة السعد (١٩٩٧) لا يستطيعون إدراك الموقف الذي يوضعون فيه، ولا حتى إدراك الخطر الحقيقي في أي موقف من تلك المواقف فقد يحاول الطفل أن يمشي على حافة السلم (الدوريس)، أو الدفعة، أو أي مكان مرتفع بكل ثقة وبلا أدنى خوف من ذلك الموقف، وقد يحاول دأً ذهب إلى الشاطئ أن يدخل عرض البحر حتى وهو يرتدى ملابسه وذلك لرغبته في السباحة دون أدنى شعور بالخوف من ذلك. وقد يرجع كل هذا إلى عدم إدراك الطفل لمخاطر الحقيقي في تلك المواقف المختلفة التي يمكن أن يتعرض لها على مدار اليوم بأكمله.

ويمكن للوالدين أن يتقوماً بمعالجة كل موقف على حدة نظراً لأن بعض التوحدي يجد صعوبة في التعميم من موقف لآخر، وبالتالي عليهما أن يعلمانه مثلاً كيفية عبور الشارع، والتعود عن السار. وأن يضعوا شبكة من القصص المحدثية على كل نافذة، وأن يضعوا أفعالاً على الخزائن والمطبخ، وهكذا حتى يتسكنا من إبعاده عن الخطر.

وبعد العمر من الثانية إلى الخامسة هو أسوأ وقت لذلك حيث يحاول المصمم أن يقوم بكن هذه الأشياء مما يسبب إزعاجاً شديداً للوالدين، وقد يعد ذلك استكشافاً لبيئة الخطيئة من جانبها . أما بعد هذا السن فيقل الخطر حيث يصبح الطفل أكثر مهتماً بالخطر، وأكثر استعداداً لطاعة الأوامر وذلك قياساً بما كان عليه من قبل ، وبالتالي يمكن أن يقوم بتعليمه التصرف في تلك المواقف المختلفة .

#### طامعاً : اللعب :

من الجدير بالذكر أن الطفل التوحدي يتفرق في السنوات الأولى من عمره إلى الكثير من أشكال اللعب الاستكشافي . وعندما يتناول اللعب والأشياء المختلفة فإنه يلعب بها بطريقة غير مقصودة، وبقليل من التنوع والإبتكارية والتخيل . كما تقع نظيره الزمرية في ألعابه إلى حد كبير حيث يتسم الطفل التوحدي بنفس أو مصور في اللعب التفاعلي أو التعليمي ، ولا يبدى أى ميادرات للعب التطلعي أو الإيهامي make-believe كما أنه لا يستطيع من ناحية أخرى أن يقلد أفعال الآخرين، أو يعدهم في ألعابهم حيث يتم لعب الطفل هنا بشكل غمطي، وتكراري، ويسير على وتيرة واحدة . كذلك فهو يحاول أن يستكشف الأشياء المختلفة بعرض السور بالمشاعر البسيطة التي تبعث فيه معلنة كبيرة؛ فالسيارة ( اللعبة ) ليست سوى شيء بارد، وصلب، ويصدر صوتاً عندما تسير على الأرض .

إذاً كان الطفل العادي يكتشف العالم عن طريق اللعب حيث تنمو لغته وفهمه للعالم من حوله ، ثم يبدأ في استخدام الألعاب لترمز إلى ما حوله من أشياء حقيقية ، فإن الأمر لا يكون كذلك بالنسبة للطفل التوحدي فهو عندما يمسك باللعبة لا يتحلىها على أنها ترمز إلى الشيء الحقيقي من حوله، ولكنه يرميها لسمع صوت نظامها بالأرض ، أو ليضعها في صف مع غيرها من اللعب، أو يمسكها دون أن يعرف كيف يمسكها . وعندما يكبر الطفل قليلاً فإنه يجد بعض المتعة في ألعاب التركيب حيث يستمتع بتركيب القطع معاً دون النظر إلى ماذا يعني . ولذلك فإن مثل هذا الأمر قد دفع بالكثيرين إلى القول بأن للطفل التوحدي لا يتجاوز في نموه العقلي المرحلة

العمرية السادسة ( نهاية التفكير ) من المرحلة الأولى التي حلدها بياجه Piaget وهو تعرف بالمرحلة الحس حركية sensorimotor stage حيث أن المرحلة العرعسة الأولى ( ما قبل الفكر الإدراكي) pre conceptual من المرحلة الثانية ( مرحلة ما قبل العمليات ) pre operations تمى بالتفكير الرمزي، وتعود خلالها الألعاب الرمزية، فإذا كان الطفل يواجه قصوراً في مثل هذه الألعاب، وهذا التفكير فإنه في ألعاب لا يمكن أن يكون قد وصل إلى مثل هذه المرحلة وإلا كان من الممكن له أن يتعلم على تلك الأمور.

ومن ناحية أخرى وبسبب ضعف اللغة، والتخيل لدى الطفل التوحدي فإنه غالباً لا يستطيع الاندماج في اللعب مع الأطفال الآخرين. وعندما يؤدي الطفل لعبة معينة ويحمده ويصبح بارعاً في أدائها فإنه يؤديها كل مرة دون أى محاولة لتطوير طريقة اللعب حيث يتسم الطفل بعدم القدرة على اللعب الإبتكاري من ناحية، وبمسكه بمضارب بالرونز من ناحية أخرى. هذا وقد حاول نسل الصوري ورومانشيت (١٩٩٩) El-Ghoroury, N. & Romanczyk أن يستخدما تفاعل أعضاء لأسرة أثناء اللعب مع الأطفال ككتاب ترويض للقصور الذي يديه الأطفال التوحديون في اللعب وحتى يحكما من خلال ذلك من تنمية السلوك التكيفي والأداء الاجتماعي بشكل عام للأطفال التوحديين. وأسمرت نتائج الدراسة عن أن التفاعلات الأسرية مع الأطفال التوحديين أثناء اللعب تساعد هؤلاء الأطفال على أن يبادروا بالتفاعلات خلال مواقف اللعب وهو ما يعد تحريضاً عن القصور الذي يندج مثل هؤلاء الأطفال في هذا الجنب بطبيعة الحال. كذلك فقد كشفت النتائج أيضاً عن حدوث تحسن في السلوك التكيفي والأداء الاجتماعي هؤلاء الأطفال بشكل عام.

### نسبة الانتشار

تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism Society of America أن نسبة انتشار هذا الاضطراب في الولايات المتحدة تبلغ ٠.٠٦ ٪ ، ويؤي كندسول (٢٠٠٠) Kendall أن نسبة انتشار اضطراب التوحد في اليابان على سبيل المثال

تعد أعلى من مثيلها في أي دولة أخرى من دول العالم حيث تتراوح بين ٠,١٣ - ٠,١٦ % في حين تبلغ النسبة في المملكة المتحدة ٠,٠١ % أما نصيب فتعد أقل دول العالم من حيث انتشار هذا الاضطراب حيث تبلغ النسبة ٠,٠٠٤ % .

وكم أشرنا من قبل فإن الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America قد نشرت في عام ١٩٩٩ أن معدل انتشار هذا الاضطراب يتراوح بين ٠,٤ - ٠,٥ لكل ألف حالة ولادة، أي أن النسبة بمعنى آخر تتراوح بين ٤ - ٥ أفراد لكل عشرة آلاف حالة ولادة. كما أقرت أيضاً بعد ذلك أن نسبة انتشار هذا الاضطراب تبلغ ١.٥ حالة ولادة، ثم جاءت الإحصاءات التي نشرها الاتحاد القومي للمدرست والبحوث الخاصة باضطراب للتوحد NAAR والتي نشرها منذ شهر يناير عام ٢٠٠٣ لتؤكد أن نسبة انتشار هذا الاضطراب قد أصبحت ١ : ٢٥٠ حالة ولادة أي معدل واحد لكل مائتين وخمسين حالة ولادة، وهي نسبة مرتفعة بطبيعة الحال جعلت من اضطراب التوحد ثاني أكثر الإعاقات العقلية شيوعاً وانتشاراً ولا يسفه في هذا الصدد سوى التذلل العقلي فقط .

ومع ذلك فإن نسبة انتشار هذا الاضطراب في البلاد العربية لا تزال غير معروفة حتى الآن حيث لا توجد مدارس خاصة بالأطفال التوحديين، ولا توجد مراكز أو جمعيات خاصة بهم إلا نادراً وأن مثل هذه المراكز في غالبيتها تعد مراكز أهلية، كم أن تلك الفئة من ذات الإعاقات تكاد تكون مهملة، والأكثر من ذلك كله أن أعضاء تلك الفئة يتم تشخيصهم بشكل خاطئ على أنهم متخلفون عقلياً وبالتالي يتم إلحاقهم بمدرسة التربية الفكرية وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يؤدي إلى عدم قدرتهم على الاستفادة من تلك البرامج التي يتم تقديمها لهم في مثل هذه المدارس حيث أن تلك البرامج يتم تقديمها للأطفال المتخلفين عقلياً وليس للأطفال التوحديين .

## مآل الاضطراب

من جديد بالذكر أن ما يهتما بالدراسة الأولى عند التحدث عن أي اضطراب، هو أن نعرف على ما يمكن أن تأول إليه الحالة بعد أن تقوم بالتدخل اللازم في هذا الصدد، وبالنسبة لتطور هذا الاضطراب فإنه على الرغم من أن بعض الأطفال التوحديين يظهرون بعض التحسن مع مرور الوقت فإن الغالبية يستمرون على إعاقاتهم الشديدة خلال مرحلة المراهقة ويظلون غير قادرين على العناية الكاملة بأنفسهم ، وفي ظل عدم وجود تدخلات مبكرة فإن نسبة التحسن الحقيقية بين هؤلاء الأطفال لا تتعدى ١-٢% تقريباً وهم أولئك الذين يستمرون بوجود مهارات لغوية لديهم من جانب نسب ذكاء مرتفعة.

ويرى يوسوم (١٩٩٨) Newsom أن نسبة ١٠% تقريباً من الأطفال التوحديين هم الذين يحققون تقدماً في المجال اللغوي والاجتماعي ، بما يستطيع ٢٠% أن يحققوا بعض التقدم في المجال الأكاديمي إلى جانب المجال الاجتماعي على الرغم من وجود إعاقة واضحة في قدرتهم على التحلل ، في حين لا يحرر حو ٧٠% منهم سوى تقدم محدود جداً ، ويظلون بالتالي على معاناتهم الوصية من الإعاقة الشديدة بما تركه عليهم من آثار سلبية تصبح بشكل جلي في ذلك العصور المتأخر في جانب الاجتماعي سواء في السلوك الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية أو تفاعلات الاجتماعية إلى جانب القصور في التواصل، والنمو اللغوي، واللعب، والإدراكات الحسية إضافة إلى ما يأتون به من سلوكيات نمطية مقيدة وتكرارية.

## الاضطرابات الأخرى المرتبطة بالتوحد :

تؤكد الجمعية الأمريكية للطب النفسي ( ١٩٩٤ ) APA أن هناك اضطرابات عديدة ترتبط بالتوحد وتدرج تحت العنوان الرئيسي ( الاضطراب النمائي العام أو المنتشر ) Pervasive Developmental Disorder (PDD) والذي يشمل فئة عمة من الاضطرابات تنقسم بوجود خلل شديد وشامل في العديد من مجالات النمو . ويحدد

دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV عدداً من المحكمات التي يجب توافرها حتى يتم تشخيص الأطفال في إطار هذه الفئة . وعندما يتوفر عدد من السمات التي تم تحديدها في هذه الدليل فإن ذلك يعني انطباق الاضطراب على الفرد . ربما لا شك فيه أن التقسيم التشخيصي يعتمد بالدرجة الأولى على للملاحظة من قبل المتخصصين والآباء لوجود سلوكيات معينة . وبما أن الأفراد الذين يصابون بأي اضطراب من تلك التي تتبع فئة الاضطراب السمائي العام أو الشامل من قصور في التواصل ، وقصور في الجانب الاجتماعي ولكنهم يختلفون في مدى حدة ذلك الاضطراب . وهناك بعض النقاط الرئيسية التي تسهم في تمييز الفروق بين التشخيصات المختلفة لتلك الاضطرابات التي يصحبها ويتضمنها اضطراب طيف التوحد نعرض لها على النحو التالي :

#### ١ - اضطراب التوحدي : autistic disorder

ويتميز بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ، والتواصل اللفظي ، واللعب والتخيل وذلك قبل أن يصل الطفل من الثالثة ، إلى جانب السلوكيات النمطية ، ووجود قصور أو خلل في الاحتمالات والأنشطة . وبعد هذا الاضطراب هو محور اعتمادنا الحالي أو محور حديثنا الذي نحن بصددده .

#### ٢ - اضطراب أو زملة أسبرجر : Asperger's disorder

ويتميز بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ، ووجود اهتمامات وأنشطة مقيدة ومحددة جداً مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الإكلينيكية في اللغة ، وتراجع نسبة ذكاء الفرد بين المتوسط إلى المرتفع، وربما المرتفع جداً حيث من الملاحظ أن هذه الفئة عموماً واجه التحديد دون سواها تضم أطفالاً موهوبين بين أعضائها .

#### ٣ - اضطراب شاذي عام غير محدد في مكان آخر .

**Pervasive developmental disorder not otherwise specified.**

ويشير إليه عادة على أنه اضطراب توحدي غير محدد أو غير نموذجي atypical ومنه



تشخيصه يتركز على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل تلك السمات الحاسمة بتشخيص معين مع وجود مثال أو قصور شديد وشامل في عدد من السمات المحددة.

#### ٤ - اضطراب أو زملة ريت Rett's disorder

وهو اضطراب نمائي يصيب البنات فقط ، وفيه يحدث النمو الطبيعي أولاً ثم تلتزم البنات للمهارات التي اكتسبها من قبل ، كما تنقد الاستخدام الغرضي لليدين ويحدث بدلاً منه حركات متكررة لليدين ، يبدأ ذلك في السن من ١-٤ سنوات .

#### ٥ - اضطراب الطفولة التفككي أو الضمني : Childhood disintegrative disorder

وينسجم يحدث نمو طبيعي للطفل خلال العامين الأولين من حياته على الأقل ، ثم يفقد الطفل المهارات التي اكتسبها من قبل .

#### تشخيص وتقييم الاضطراب :

يعد اضطراب التوحد autism من الاضطرابات الممتدة الحادة التي تصيب الطفل كما أصبح سلفاً قبل أن يصل عمره ثلاث سنوات ، وقد كان ينظر إليه من قبل على أنه يعد بمثابة زملة أعراض سلوكية حيث كان يوصف على أنه اضطراب سلوكي ، إلا أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية ولعملية في طبعته الرابعة DSM IV قد عرض له على أنه اضطراب نمائي عام أو شامل ( منتشر ) pervasive ويحدد التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 هذا الاضطراب على أنه منتشر حيث يؤثر على العديد من جوانب النمو الأخرى ، وبطبيعة الحال يعد هذا التأثير موضع الاهتمام تأثيراً سلبياً

وجدير بالذكر أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته للمرة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعان هما المصنوغان الرئيسيان لتشخيص الأمراض

و لاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن . ويرى فولكمار (1996) Volkmar ،  
لا يوجد أى تعارض بينهما في تشخيص الاضطرابات المختلفة بوجه عام وفي تشخيص  
اضطراب التوحد على وجه الخصوص حيث يعد اضطراب التوحد هو محور اهتمام  
الدراسة . وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز الأساسي لكل منهما يدور حول  
أربعة محركات رئيسية هي :

#### ١- البداية :

عادة ما تكون بداية هذا الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ، حيث  
يحدد ذلك النمط على أنه ثلاثين شهراً على الأقل ، أما الحالات اللامودجية أو  
الاشطية atypical فتأخر بداية الاضطراب كثيراً عن هذا السن . وعندما يتأخر  
اكتشافه عن هذا السن يقوم البعض على القور باستبعاد هذا الاضطراب عند  
التشخيص . ومن ناحية أخرى نلاحظ أن الأداء الوظيفي للطفل يكون محلاً في واحد  
على الأقل من عدد من الجوانب تتمثل فيما يلي :

- التفاعل الاجتماعي .

- استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي .

- اللعب الرمزي أو الخيالي .

#### ٢- السلوك الاجتماعي :

وجود لدى الطفل قصور كيني في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين من  
الأقل من أربعة محركات هي :

- التواصل غير اللفظي .

- إقامة علاقات مع الأقران .

- المشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاحتياجات

- تبادل العلاقات الاجتماعية معهم .

### ٣- اللغة والتواصل :

يوجد تصور كيمي في التواصل من جانب الطفل يظهر في واحد هلى الأقل من أربعة محكات تتمثل في المحكات التالية :

- تأخر أو نقص كيمي في اللغة للتطوقة .

- عدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين .

- الاستعنام التعملي أو التكرار للغة .

- قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي .

### ٤ - الأنشطة والاهتمامات :

يوجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة وتكرارية وذلك في واحد على الأقل من أربعة محكات يدمها الطفل هي :

- الانشغال باهتمام عملي واحد غير عادي .

- الرتابة والروتين .

- اتباع أساليب محددة للأداء .

- الانشغال بأجراء من الأشياء .

وإذا م عرضنا لتلك المحكات التي تحددها الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA وذلك في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي وإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV والتي يتم في صورتها تشخيص الأطفال التوحشين فسوف نجد أن ذلك يتضمن طبيعة الخيال حدوث خلل في الهالات أو دجواب الخمسة التي عرضنا لها عند الحديث عن الملامح الأساسية مميزة للاضطراب بحيث يحدث ذلك الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره . وتنش هذه الجوانب فيما يلي :

- التفاعل الاجتماعي .

- اللغة .

- التواصل .

- اللعب .

- السلوكيات .

وذلك على النحو التالي :

أولاً : يشترط انطباق عدد من البنود بإجمالي ستة بنود على الأقل مما تتضمنه المحكات الثلاثة الرئيسية ( ١ ، ٢ ، ٣ ) على أن تطبق الشروط الثلاثة التالية على منظر

- يتلأن على الأقل من المحك الأول .

- يد واحد على الأقل من المحك الثاني .

- يد واحد آخر على الأقل من المحك الثالث .

وهذه المحكات هي :

١ - حدوث خلل أو قصور كبير في التفاعل الاجتماعي كما يتضح من نصاق انبى على الأقل من البود التالية على العفل :

أ- حدوث خلل أو قصور واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة كالتواصل بالعين والشميرات الوجهية ، والإشارات أو الإيماءات الاجتماعية وذلك لتنظيم التفاعل الاجتماعي .

ب - انقسل في إقامة علاقات مع الأقران تناسب مع المستوى التنمائي .

جـ - نقص في البحث أو السعى لاختلافى للمشاركة مع الآخرين في الاستمتاع ، والاهتمامات ، أو الإنجاز كما يتضح مثلاً في نقص القدرة على لصاح الأشياء موضع الاهتمام ، أو إحضارها معه أو الإشارة إليها .

- د - نقص في تبادل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين أو مشاركتهم انفعائياً.
- ٢ - حدوث عطل أو قصور كفي في التواصل كما يتضح من انطباع به واحد على الأقل من تلك البود التالية على الطفل .
- أ - نأخر أو نقص كلي في اللغة المتوقعة بشرط ألا يصاحبه أى محاولة تمهيدية من جانب الطفل لاستخدام الأنماط البديلة للتواصل كالإيماءات، أو التمثيل الصامت .
- ب - عطل أو قصور واضح في القدرة على للمادة في إقامة حوار أو عادية مع الآخرين وذلك بالنسبة للأطفال التوحدين ذوي المستوى اللغوي المناسب
- جـ - الامتناع المعطى أو التكرار للغة أو لغة خاصة به .
- د - نقص أو قصور في اللعب التطهري أو الإدماعي التلقائي والمنوع أو اللعب الاجتماعي القائم على التقليد والمناسب للمستوى المعاني لطفل .
- ٣ - حدوث أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة متكررة ومطية كما تصبح من انطباع واحد على الأقل من البود التالية على الطفل :
- أ - اشتغال كبير بالاهتمام معطى واحد أو أكثر يعتبر غير ملائم سواء في مدى حدته، أو بؤرة الاهتمام الخاصة به .
- ب - التمسك الصارم وحمي للرد بطفوس معينة أو روتين غير عملي وغير فعال.
- جـ - أساليب أدلة مطية ومتكررة كالتصديق بالأيدي أو الأصابع ، أو تشبيكها، أو ثيها، أو الحركات الصيفة ، أو الحركات العنيفة بكميل «لحسم» .
- د - الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء .

لعدمعية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية ، واستعدادهم لطوع للأشكال المختلفة من السمات وأنماط التوكيد للتعبير عن الرغبة في التواصل . وكذلك عدم استخدام إيماءات المصاحبة التي تساعد في التأكيد أو التواصل الكلامي .

وإضافة إلى ذلك تتميز الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والاهتمامات والأنشطة تنقسم بمحدوديتها وتكراريتها وتغطيتها ، وقد تأخذ شكل التنسب والروتين في الأداء اليومي والأشعبة وأنماط اللعب . وقد يكون هناك ارتباط معين بأشياء غير عادية ، وكثيراً ما تكون هناك التشتتات تغطية بعض الاهتمامات إلى جانب أنماط حركية أو اهتمام خاص بمناظر غير وظيفية في الأشياء كرائحتها، أو ملمسها على سبيل المثال ، إضافة إلى مقدرة أي تغير في الروتين أو في البيئة المحيطة .

وبذلك فإن هذه المحركات سواء في DSM IV أو في ICD-10 تركز على بداية حدوث الاضطراب وذلك قبل وصول الطفل الثالثة من عمره ، ووجود ثلاثة جوانب قصور رئيسية تتمثل في الجوانب التالية :

التفاعل الاجتماعي للتبادل .

- اللغة والتواصل .

- السلوك النمطي للمقيد والتكراري .

ومن ثم يتضح أن هناك تركيزاً على كيف الأداء الوظيفي في تلك المجالات ، وبدلاً من شق مع ما يراه فولكمار (1996) Volkmar في أنه ليس هناك أي تعارض بين ما يرضيه كل من هذين التصنيفين التشخيصيين حول اضطراب التوحد، بل لهما تفاعل تاماً في هذا الخصوص .

أما فيما يتعلق بتقييم هذا الاضطراب وتحديد من يعانون منه فهناك عدد من المعايير تم استخدامها في بيانات أجنبية تأتي في مقدمتها المعايير التالية :

١ - قائمة ملاحظة السلوك التوحدي التي أعدها كروج (1990) Krug و

تحدد ثلاثة عوامل لهذا الاضطراب هي :

أ - القصور في القدرة على التعبير اللفظي .

ب - الانسحاب الاجتماعي .

ج - عدم القدرة على التواصل الاجتماعي .

٢ - استمارة إحالة للأرجحية للطفل الخاصة بجامعة كاليفورنيا الأمريكية California Temperament Form والتي تعدد عدداً من الأبعاد لهذا الاضطراب من بينها الأبعاد الثلاثة السابقة .

٣ - مقياس تقييم المختصر للسلوك Behavior Summarized Evaluation والذي يكب اختصاراً BSE ويحدد ثمانية أبعاد للاضطراب تمثل في الأبعاد التالية

أ - الانسحاب الاجتماعي .

ب - القدرة على المحاكاة .

ج - التواصل .

د - ضعف الانتباه .

هـ - التعبير اللفظي .

و - التعبير غير اللفظي .

ز - علامات الحروف والتوتر .

ح - الاستجابات اللمسية .

٤ - مقياس التدهور السلوكي للأطفال التوحدين وحالات التوحد الثلاثي Behavioral Rating Instrument for Autistic and atypical Children BRIAC وهو من إعداد روثن Ruten ويتضمن هذا المقياس ثمانية

مقاييس مرعية مسهم جميعاً في التعرف على مثل هذه الحالات، وتحليلها بشكل دقيق، وتشخيصها. وتمثل تلك المقاييس المرعية فيما يلي :

أ - العلاقة مع الآخرين.

ب- التواصل.

ج- التعلق.

د - التخاطب.

هـ - الصوت وفهم الحديث والكلام.

و - التصاوب الاجتماعي.

ز - القدرة الحركية الدقيقة.

ح - النمو النفسي العضوي.

٥ - قائمة ملاحظة السلوك للأطفال التوحدين Behavior Observation System BOS التي أعدها فريمان وآخرون Freeman et al. وتتكون من سبع فترات ملاحظة مدة كل منها ثلاث دقائق، ويتم خلالها جميعاً تسجيل سبع وسبعين سلوكاً مثيراً للاضطراب.

٦ - المقياس التنبؤي لاضطراب التوحد في مرحلة الطفولة Childhood Autism Rating Scale CARS الذي أعده سكوپلر وآخرون Schopler et al. ويتناول خمسة عشر متغيراً ترتبط بالاضطراب هي

أ - قصور العلاقات الاجتماعية.

ب- التقليد.

ج- اضطراب الانفعالات.

د - القدرة الحركية الدقيقة.



هـ - السلوكيات المعطية.

و - مقاومة التنوير.

ز - استجابات غير عادية للمثيرات السمعية.

ح - عدم التجاوب مع البيئة المحيطة أو الاندماج معها.

ط - استجابات الفلق.

ي - التواصل اللفظي.

ك - التواصل غير اللفظي.

ل - اللعب.

م - للمستوى العام للنشاط.

ن - الذاكرة الريطي.

س - الانطباعات العامة.

٧ - اختبارات الذكاء، وينبغي خلالها استخدام الذكاء العملي أو الأدائي ولا يبعد

عن الذكاء اللفظي مع درجة كبيرة من الصور والتأني على المفضل، ومن أهم

الاختبارات التي يمكن استعمالها لهذا الغرض ما يلي :

أ - مقياس وكسلر Wechsler لذكاء الأطفال.

ب - مقياس ستانفورد- بينيه Stanford- Binet للذكاء.

ج - مقياس جودارد Goddard

٨ - انروفيل النفسي التربوي المعدل- PEP Psychosocial Profile Revised

R الذي قام بإعداده سكريلر وآخرون (١٩٩٠) Schopler et.al. والذي

يقيم سبع مجالات وظيفية لتشخيص حالات اضطراب التوحاد هي :

أ - التقليد .

ب - الإدراك الحسي .

ج - المهارات الحركية الفكرية .

د - للمهارات الحركية الدقيقة .

هـ - المجال المعرف اللفظي .

و - المجال للمعرف العملي .

ز - المجال السلوكي ، ويقس خلاله أربع مجالات سلوكية كائنات

• العلاقات الاجتماعية .

المجال الحسي .

للألعاب .

- اللغة .

٩- مقياس فاندلاند للسلوك التكيفي V andland Adaptive Behavior Rating Scale

وتوجد نسخة عربية من هذا المقياس من إعداد فاروق صادق ، كما توجد نسخة أخرى بجامعة القاهرة تحت عنوان السلوك التوافقي - وإلى جانب ذلك قام عبدالغفر عبدالحسين وإعداد مقياس خاص به يسمى بمقياس السلوك التكيفي . ويمكن استخدام مقياس السلوك التكيفي لتحقيق أكثر من هدف من بينها ما يلي :

أ - قياس مهارات الحياة اليومية .

ب - تناول الجوانب الاجتماعية .

ج - تناول بعض المشكلات السلوكية .

د - قياس معدل الذكاء وخاصة من خلال التعرف على التأخر integration

البصري الحركي للطفل .

١٠. قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد Autism Treatment Evaluation Checklist ATEC وتستخدم في الأساس للتعرف على ما يحدث من تغير أو تحسن في مجالات أربعة أساسية هي جملة المقاييس الفرعية المتضمنة وذلك على أثر اللجوء إلى التدخلات المختلفة، كما يمكن كذلك استخدامها في سبل تشخيص حالات اضطراب التوحد. وتوجد نسخة عربية هذه القائمة من إعدادنا، أما للمقاييس الأربعة الفرعية تلك القائمة فهي :

أ - التواصل اللفظي ( اللغة والحديث ) .

ب - الاجتماعية .

ج - الإدراك والوعي الحسي / المعرفي .

د - المشكلات الصحية والحالة الجسدية .

أما عني للموسى العربى فلا يوجد هناك ما تأمل في وجوده من الأسباب التشخيصية الكافية ولا أساليب التقييم الكافية أيضاً . وفي حلول عمت هناك محاولات جيلة تحت هذا الخصوص في بيتنا العربية تمثل فيما يلي :

١ - هناك محاولة عرض لها عيد الرحيم بنيت (١٩٩٩) وتضمن لمعيار ١٦

عبارة يجاب عنها من خلال تحديد أحد اختياري عما ( نعم ) أو ( لا ) ، وتمثل تلك العبارات مظاهر أو أعراض لاضطراب التوحد يجب أن تعيق لما عبارات منها على الطفل حتى يتم تشخيصه كذلك . ولم يعرض هذا المقاييس مستقلاً ، ولكنه يعد محاولة في هذا الصدد .

٢ - مقياس الطفل التوحدي ، إعداد . عادل عبد الله محمد ( ٢٠٠١ - د ) ،

ويعد بمثابة مقياس تشخيصي يعمل على التعرف على الأطفال التوحديين . ويهدفهم وتمييزهم عن غيرهم من الأطفال ذوي الاضطرابات المختلفة ؛ وعن الأطفال المتخلفين عقلياً وذلك حتى يتم تقديم الخدمات ، والمنظومة ،

والترامج التدريبية والتربوية والتعليمية لهم ما يستلزمهم على الانعماج مع الآخرين في المجتمع . وقد تمت صياغة عبارات هذا المقياس في صورة المحركات الواردة في وصف وتشخيص وتقييم مثل هذا الاضطراب وذلك في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV إلى جانب مراجعة التراث السيكلوجي والسيكاتري حول ما كتب عن ذلك الاضطراب .

ويتألف هذا للمقياس من ٢٨ عبارة يجاب عنها من خلال الاختيار بين أحد اختيرين هما (نعم ) أو ( لا ) من جانب الأخصائي أو ولي الأمر أو أحد موافقي . وتمثل هذه العبارات مظاهر أو أعراض لاضطراب التوحد، ويعني وجود نصف هذا العدد من العبارات على الأقل وانطلاقها على الطفل أنه يعاني فعلاً من هذا الاضطراب. وفي الغالب لا يتم إعطاء درجة للطفل في هذا المقياس حيث يتم استخدامه بفرص تشخيصي فقط وذلك لتأكيد من أن الطفل يعاني فعلاً من ذلك الاضطراب .

٣- المسحة العربية من قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد التي أشرنا إليها سابقاً والتي تمنا نحن بإعدادها باللغة العربية، وللتأكد من صدقها وثباتها بشكل عام إلى جانب التأكد من نفس هذه الأمور بالنسبة لكل بعد من الأبعاد الأربعة التي تتضمنها تلك القائمة، والذي يمثل كل منها مقياساً فرحياً مستقلاً يمكن استخدامه في حد ذاته سواء في إطار القائمة، أو استخدامه من جانب آخر بشكل مستقل عنها .

وبذلك يتضح أن العيادة النفسية المصرية تعاني من قصور واضح في أساليب تقييم هذا الاضطراب وهو الأمر الذي يحتاج إلى مزيد من الجهد والالتزام حتى يصل إلى تشخيص والتقييم الصحيح للأفراد للمطلين لهذه الفئة .

## رعاية الأطفال التوحدين :

هناك العديد من البرامج التدريبية التي يتم تقديمها سواء للأطفال التوحدين أو ولديهم وذلك في سبيل تأهيل هؤلاء الأطفال ورعايتهم حيث من المعروف أن الأطفال التوحدين لا يمكنهم أن يقيموا علاقات اجتماعية قوية مع الآخرين ، ولا يمكنهم أن يقوموا بتطوير قدرتهم على التفاعل الاجتماعي الناجح معهم وذلك بالطرق والأساليب التي تعتبر عادة . ومع ذلك فهم مثل غيرهم من الأطفال توجد بينهم فروق فردية تؤدي إلى وجود مستويات مختلفة ومتباينة من الأداء السلوكي الوظيفي عند بهم ، ومن كالمعدي منهم يعانون من خلل واضح في هذا الجانب .

وتعتبر البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة بالنسبة هؤلاء الأطفال حيث يمكن من خلال مثل هذه البرامج تنمية مهاراتهم واستعداداتهم للتعلم، فيمكن على سبيل المثال أن يعلم الطفل من خلال أحد هذه البرامج أن يجلس على الكرسي ، أو يحضر سلك الأدوات اللازمة لأداء مهمة معينة ، أو يستخدم التواليف، أو ما إلى ذلك . وبعد تنمية مثل هذه المهارات أمراً ضرورياً لإعداد الطفل لتلقي برامج أخرى إذ تؤدي كما نرى سكريمان وكوجل ( ١٩٩٦ ) Schreimann & Koegel إلى مساعدة الطفل بطريقة كبيرة في تلقي البرامج التالية التي تعد بمثابة برامج متقدمة تتطلب إيجاد العمل لتلك البرامج الأولية أو الأساسية التي يتلقاها أولاً مما يسهم كثيراً في أن تؤدي مثل هذه البرامج المتقدمة بشرائها للرجوة . ويضيف كوجل وكوجل ( ١٩٩٦ ) Koegel & Koegel أن هناك نوعاً آخر من البرامج التي يتم تقديمها هؤلاء الأطفال تعمل على تحسين التواصل مع الآخرين من جانبهم سواء كان ذلك التواصل لفظياً أو غير لفظي. وتعمل تلك البرامج على الحد من السلوكيات غير الملائمة ، وتؤدي بالتالي إلى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية هؤلاء الأطفال . ويمكن أن يشترك الأقران في تلك البرامج ، كما يمكن أن يشترك فيها أيضاً أعضاء من أسر هؤلاء الأطفال .

ومن معدود بالذكر أن هناك برامج علاجية تقوم على استخدام بعض المتغير في هذا الصدد. وقد قامت دراسات عديدة بفحص أثرها، ولكننا يجب أن نوضح هنا أن مثل هذه المتغيرات لا تؤثر على اضطراب التوحد أو أعراضه أو تحد منها، ولكنها تستخدم لعلاج بعض المظاهر التي قد ترتبط بهذا الاضطراب كالشذوذ الزائد مثلاً حيث أوضحت دراسة كوينتانا وآخرين ( ١٩٩٥ ) Quintana et al. أن العلاج العلي الذي تم إعطاؤه للأطفال التوحديين عينة الدراسة قد أدى إلى الحد من نشاطهم الزائد الذي كانوا يعانون منه. كما أنه قد أدى أيضاً كما أوضحت دراسة جرردون وآخرين ( ١٩٩٣ ) Gordon et. al. إلى الحد من العنوس القهريّة التي لعكسها سوكيلهم التي كانوا يعانون بها.

أما في الوقت الراهن فإن غالبية البرامج التي يتم تقديمها للأطفال التوحديين تعتمد كما يرى يوسوم ( ١٩٩٨ ) Newsom على إجراءات تعديل السلوك إلى حد بعيد. الإشراف والتدريب اللذان في هذا الإطار. ومن هذا المنطلق يدر سؤال أساسي بناءً على ذلك مؤداه أنه إذا كان لاضطراب التوحد يعد اضطراباً عقلياً معروفاً واجتماعياً في جوهره وبكمن خلقه أسباب بيولوجية في الأغلب والأعم فمما قد يعتمد في علاجها أو الحد من آثاره السلبية على البرامج السلوكية وبرامج تدريب الوالدين؟

وللإجابة عن هذا السؤال يسوق كندال ( ٢٠٠٠ ) Kendall حالة هيلز كير Helen Keller كمنال حيث كانت كفيفة وصماء منذ ميلادها، ومع ذلك تعلمت أن تتحدث وتكتب من خلال أساليب بديلة تماماً عن تلك التي تستخدم مع كفيف البصر أو الصمم إذ تعلمت ذلك من خلال التدريب مثلما يحدث في البرامج السلوكية مع أن مشكلتها لم تكن سلوكية، ولم يكن معها سلوكياً حتى نستخدم علاجاً سلوكياً لها. ومن هذا المنطلق يكون من المناسب، بل ومن الأفضل أن نستخدم إجراءات تعديل السلوك مع الأطفال التوحديين حتى تتمكن من الحد من أي سلوك غير مرغوب اجتماعياً يمكن أن يأتوا به، أو حتى تتمكن من تعليمهم القيام بأي سلوك

بعد مرعوباً من الداحية الاجتماعية. هذا إلى جانب أن الوالدين هما الأكثر قرباً من الطفل ولاكثر احتكاكاً به والأكثر تلبية لاحتياجاته ، وهما اللذان يصطغان بمسئولية تربيته ، ومن ثم فإن تدريبهما على كيفية التعامل معه ، وكيفية تعديل سلوكه ، وإكسابه سلوكيات مرغوبة يعد أمراً ضرورياً في هذا الصدد.

وهناك مسألة أخرى في سبيل رعاية هؤلاء الأطفال بدأت بعض الدول في أوروبا وأمريكا تأخذ بها ، ويتمثل ذلك في إمكانية دمج mainstreaming هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين بالمدرسة كما هو الحال بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً ، وهذا الدمج بطبيعة الحال لا يمكن أن يكون دمجاً كلياً ولكنه يكون دمجاً جزئياً وخاصة في حصص النشاط - ويرى زيجموند وبيركر ( ١٩٩٥ ) Zigmund & Baker أن دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين ووضعهم في نفس المواقف معهم يعد أفضل من وضعهم في حصول أو مدارس خاصة به . ويضع ميمبيوف وشا ( ١٩٩٦ ) Mersibov & Shea أن دمجهم مع أقرانهم العاديين بالفصل يحقق العديد من الانعكاسات الإيجابية التي يمكن أن تعود بالعائلة المرجوة عليهم، والتي يمكن أن تسهم في تحقيق العديد من الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها في هذا الصدد . ومن أهم ما يمكن أن يمتد الدمج من مردود إيجابي على هؤلاء الأطفال اثنتين وفقاً لما كشفت عنه تلك الدراسات التي تناولت هذا الموضوع ما يلي :

- ١- أنه يمكن أن يزيد مما يتوقع للعلوم منهم أن يقوموا به .
- ٢- أنه يريد من فرص نمذجة التطور أو النمو السرى لمختلف مناهج أو المقدرات من جانب أقرانهم .
- ٣- أنه يزيد من فرص التعلم أمامهم .
- ٤- أنه يمكن أن يزيد في الوقت ذاته من تقديرهم لذواتهم .
- ٥- أنه كلما كانت المجموعة أقل عدداً زادت استفادة الأطفال المتوحدين من فرص التعلم التي تتاح أمامهم .

وبدا كان الاتجاه السائد في رعاية هؤلاء الأطفال يتمثل في تلك الاتجاه الذي يهتم على الترويج السلوكية فإن مثل هذه البرامج تركز في الأسس على أوجه لقصور السلوكية أو الإمبراط الذي قد يبدو من جانبهم في تلك الجوانب وذلك من خلال استخدام المبررات التي تعمل كمددات للسلوك أي من خلال استخدام التعزيز على أساس ثابت. وغالباً ما تهدف تلك البرامج إلى تعليمهم المهارات اللازمة للتعلم والاستعداد له، والسلوك الاجتماعي، ومهارات التواصل حيث يتمكن هؤلاء الأطفال في الغالب من خلال تدريبهم على مثل هذه البرامج أن يتعلموا بعض المهارات الاجتماعية البسيطة التي يصبح بمقتورهم من خلالها الاندماج مع الآخرين، والتعامل معهم، والالتفات عليهم، والاهتمام بهم، والتواصل معهم، كما يقل بالتالي انسحابهم من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، ويقل سلوكهم العدواني تجاه الآخرين، أو سلوك ينداء الذات من جانبهم وهو الأمر الذي يؤكد ضالة مثل هذه البرامج في هذا الصدد.

ويتمشى عموماً للمستوى التمريضي هؤلاء الأطفال، أو تطوير نموهم التمريضي هدفاً جوهرية في تلك البرامج السلوكية. وعند استعظام تلك البرامج لذلك الغرض فإن التدريب هنا يجب أن يتبع تسلسلاً معيناً وذلك على النحو التالي :

- ١- يقوم الطفل بالتطيق بالكلمة المتخذة إما كان يعرفها، أو يردد تلك الكلمة وراء الباحث أو الولد أو المعلم إذا كان لا يعرفها، أو يمكن له أن يسمعها من خلال جهاز تسجيل ثم يرددها بعد ذلك.
- ٢- تتم مكافأة الطفل عندما يتطيق بأي كلمة مع العلم بأن تعلم الصبي لكلمة واحدة قد يستغرق بعض الوقت، لكن المهم هنا أنه مع تعلم الصبي يعطى أي كلمة عليها أن يقوم بمكافأته على ذلك.
- ٣- يجب أن تتنوع المكافآت التي يحصل عليها الطفل، وأن تختلف من طفل إلى آخر وذلك وفقاً لما يفضل كل منهم. ويمكن أن يتحدد ذلك من خلال معرفتنا هؤلاء الأطفال وما يفضلونه أو يحلون إليه.



٤ يجب أن تعطى المكافأة للطفل إذا نطق بالكلمة عقب محاولة التحدث أو التردد أو التلمس أن يجعله يقوم بذلك من خلال إشارة تهدف إلى تذكيره بـ ينبغي عليه أن يفعل. كما يجب ألا تعطى له مكافأة في أي موقف دون ذلك حتى يتحقق هدف البرنامج.

٥- تعطى المكافأة للطفل إذا اقترب من النطق الصحيح للكلمة التي نطلب منه أن ينطق بها. وتعد هذه النقطة أساسية لأنه من المطلق أن يقترب الطفل من النطق الصحيح للكلمات معية، وأن يطلقها بلفظه الصحيحة وليس بشكها.

٦- يمكن للباحث أو الوالد أو المعلم أن يستخدم التمدية، والمكافأة في سنين تعليم الطفل النطق الصحيح للكلمات إلى جانب تعليمه بعض مهارات التمرين ذات الأهمية في هذا الصدد وهو ما يمكن أن يساعد على تحسين قدر من التواصل.

ولا بد من علينا أن مثل هذا الأمر يتطلب المزيد من الوقت والجهد والتأثير حتى ينسى الطفل الاستجابة لفظياً، وتكون بعض الجمل البسيطة التي يمكنه تحصيلها أن يدخل في حوارات ومناقشات بسيطة، ويمكن بالتالي من التواصل مع المحيطين به.

ومن أشهر الطرق التي تستخدم مع هؤلاء الأطفال في هذا الصدد تلك الطريقة التي قام بها بوفاز ( ١٩٨٧ ) Lovaas بجامعة كاليفورنيا California والمسماة بالطريقة المكثفة intensive والتي تعتمد على تدريب الطفل لمدة أربعين ساعة في الأسبوع حتى أن يتولى كل مدرب مسئولية طفل واحد فقط. أما الطريقة الثانية فهي الطريقة المعتدلة أو المتوسطة extensive والتي تشبه الطريقة الأولى باستثناء عدد الساعات الأسبوعية حيث يصل عدد الساعات التي تعتمد عليها إلى عشر ساعات فقط أسبوعياً. وبالنسبة للفترة الزمنية المخصصة للبرنامج والذي يبدأ قبل أن يبلغ الطفل الثالثة وعشرة أشهر تستمر حتى إحقاقه بالمدسة لأنه يتم إعداده للتصميم من خلال تنمية مهاراته قبل الأكاديمية وإعداده للمدرسة. هذا وقد كشفت الدراسات التي

استخدمت هاتين الطريقتين مع هؤلاء الأطفال أن الطريقة الأولى أقصر في سائجه وأكثر فاعلية قياساً بالطريقة الثانية. ويرجع السبب في طول الفترة المخصصة للبرنامج في أنه يهدف إلى تنمية المهارات قبل الأكاديمية لدى الطفل وإعدادة للمدرسة. ويمكن أن تستخدم كلتا الطريقتين لتحقيق أهداف أخرى لكن الوقت المخصص لكل برنامج يقل عن ذلك بكثير جداً. ونذكر بالذكر أن برنامج لوفاز يركز على تنمية مهارات التقليد حتى يتمكن الطفل من التعلم، ويبدأ بتدريب الطفل على تقليد الحركات، ثم الأصوات، ثم إكساب الحركات والمهارات المختلفة. ويتطرق البرنامج بعد ذلك إلى غرس مهارات أكثر تعقيداً مثل المطابقة مع نموذج معنى matching وتقليد نطق أو كتابة الكلمات، والخيال، والأرقام مما يساهم في إكساب الطفل المهارات الاجتماعية، والتواصل. كما يهتم البرنامج أيضاً بالتطبيق العملي للأنشطة المختلفة في الواقع الصعب المختلفة.

ومن جانب آخر فإذ هناك برنامج آخر يستخدم كذلك على نطاق واسع يمتثل في البرنامج العلاجي والتربوي للأطفال التوحدين ومن يعانون من إعاقات التوصل مرتبة Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children TEACH وهو البرنامج الذي أعد سكولر Schopler منذ أوّل سبعينيات القرن الماضي لمساعدة الطفل على تحقيق قدر مناسب من التوافق عن طريق تحسين مهارات الطفل، ومعالجة نواحي القصور التي يعاني منها، والعمل على تقديم تأهيل متكامل للطفل يتناول نواحي القصور التي يسببها اضطراب التوحد، وإعطائه أوبة للعلاج للفرق السلوكي، والاهتمام بالوسائل البصرية والثنويات البصرية عامة، والعمل على تنمية مهارات الحياة اليومية، والمهارات الاجتماعية من خلال الثنويات البصرية. وإلى جانب ذلك هناك برنامج آخر هو برنامج بحيرات النعم Learning Experiences (LEAP) يتم تقديمه للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وهو كبرنامج يشبه برنامج لوفاز باستثناء استخدامه مع مجموعة مختصة من الأطفال وليس على أسس فردية مثل برنامج لوفاز. ويقوم هذا البرنامج على خمسة أسس هي :

١- التدخل المبكر .

٢- التعاون بين المدرسة والأسرة والمجتمع لتنفيذ برنامج تدريبي مكثف .

٣- تعلم المهارات المختلفة من الأطفال العاديين حيث يقوم البرنامج على مبدأ الدمج وذلك لثلاثة أطفال توحيدين مع عشرة أطفال عاديين سيتم فصلهم بذلك ١٣ طفلاً .

٤- تنمية مهارات الطفل من خلال التمهيد الجيد لبرنامج تعليمي مردي أى في ضوء حاجات الطفل وقدراته .

٥- الاهتمام على أنشطة منهجية في تنمية مهارات الطفل وقدراته .

ومن ناحية أخرى هناك ثمة برنامج آخر يعد من أوسع البرامج الحديثة انتشاراً هو برنامج تحقيق التواصل بنظام تبادل الصور Picture Exchange Communication System PECS الذي أصنعه بوندى فروست Bondy Frost عام ١٩٩٤ للأطفال التوحيدين الذين يعانون من قصور لغوي حيث يبدأ التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه مع المدرس أو الوالد الذي يتواصل معه، ويعمل على تحقيق رغبته بعد أن يحرص الصورة التي تصمم ما يريد أن يفعل، والبطاقة التي كتب عليها " أنا أريد " ، مثل " أنا أريد " ثم صورة لطفل يأكل وذلك إذا كان الطفل يريد أن يأكل، عندما يأكل لم يحصل على ما يريد إلا بعد أن يطلق العبارة التالية " أنا أريد أن أأكل " ولو تم ذلك بعد العديد من المحاولات . ويقوم هذا البرنامج على أنشطة تواصلية مناسبة مع استخدام التعزيز أو التعزيز، والتصحيح الفوري للأخطاء، والتعميم إلى جانب التشكيل، والتفريق، والتسلسل العكسي، والتلاشي . ويمكن استخدام مثل هذه الصور في الفصل أيضاً بفرض تنمية مفهوم الإدراك الحسي البصري والسمعي، وتنمية الوعي بعدد أصابع اليد، والتفاعل بين الطفل وبين تلك البيئة .

وتتمثل أحدث الإصراحيات المستخدمة في هذا الصدد كما يرى عادل عبد الله ( ٢٠٠٢ : أ ، ب ، ٢٠٠١ - أ ) في جدول النشاط المصورة وهي ست خطوات .

التي بأحد كل منها شكل كتيب صغير يتضمن خمس أو ست صفحات مخزى كرسى منها على صورة تمكس نشاطاً معيناً يتم تدريس الطفل على أدائه . ولكن نشاطه مكونات خمسة تتمثل في إمساك الطفل بالجدول وفتحها ، ثم قلب الصفحة والوصول إلى الصورة المستهدفة والإشارة إليها ويجب أيضاً على الطفل أن يصيح إصبعه على تلك الصورة ويسمي ما بها من أدوات إذا كان يعرفها أو ينتظر الوالد أو الباحث أو معلم ليسمي له كلاً منها ثم يقوم هو بتدريس تلك الكلمات وراءه . ويتمثل المكون الثالث في إحضار الأدوات اللازمة لأداء النشاط الذي تمكسه الصورة ، ثم أداء هذا النشاط والانتهاء به والذي يمثل المكون الرابع ، أما خامس تلك المكونات وأخيراً فيتمثل في إعادة تلك الأدوات إلى مكانها الأصلي الذي أخذت منه من قبل . وعند تسميم النص استخدام مثل هذه الجداول وإتباعها يجب أن يتم تدريسه على تلك المهارات اللازمة لذلك حتى يتمكن من استخدامها بسهولة ، وهناك في الواقع ثلاث مهارات معد ضرورة حتى يتمكن الطفل من استخدام مثل هذه الجداول ، وأداء تلك الأنشطة المنصحة . وتمثل هذه المهارات فيما يلي :

١ - التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية .

٢ - التعرف على الأشياء المشابهة وإدراكها ، وتمييزها .

٣ - إدراك التباين بين الصورة والموضوع أو الشيء الذي تشير إليه .

وتتمثل الأهداف الرئيسية التي تسعى إلى تحقيقها من خلال استخدام هذه الجداول في ثلاثة أهداف أساسية تسهم بدرجة كبيرة في التغلب على بعض نقاط الضعف التي يتسم بها الطفل التوحد ، كما يمكن أن تساعد على تحقيق قدر معقول من التطور المنشود . وتمثل هذه الأهداف فيما يلي :

١ - تعليم الطفل السلوك الاستقلالي .

٢ - إتاحة مدى أوسع من الاختيار أمامه .

### ٣- تدريبه على التفاعلات الاجتماعية .

و، لإصافة إلى ذلك يمكننا أن نقوم باستخدام مثل هذه الجدول في سبيل تعميق بعض الأهداف الأخرى التي يمكن أن نحدد فيها يلي :

١- تعليم الطفل مهارات معينة تعد ضرورية للقيام بأنشطة محددة .

٢- إكسابه بعض السلوكيات المرغوبة .

٣- الحد من بعض السلوكيات غير المرغوبة اجتماعياً .

وإذا كانت كل هذه الأمور تعمل بما لا يدع مجالاً للشك على مساعدة الطفل كي يتمكن من الاندماج مع الآخرين فقد جدول النشاط المصورة يمكن أن تستخدم بذلك في سبيل التعديل السلوكي لمؤلاء الأطفال ، ومن ثم فهناك العديد من إجراءات تعديل سلوك تستخدم بغرض تعليم تلك الجدول للطفل وتدريبه عليها، إضافة إلى أن الإجراءات الخاصة بما كاستراتيجية تعمل جميعها في سبيل تعديل سلوك الأطفال ومساعدتهم على الاندماج في المجتمع حيث يمكن للطفل عندما يجيد استخدام هذه الجدول أن يؤدي النشاط المطلوب دون أن يحصل على أي مساعدة من أحد الآخرين . ويصبح بإمكانه أن يساعد في الأعمال المنزلية أو في تلك الأعمال التي يصممها اليوم المدرسي العادي إلى جانب إمكانية أن يقيم علاقات مع الآخرين وأن تنشأ به وبينهم تفاعلات اجتماعية ناجحة . وإلى جانب ذلك يمكن استخدام تلك الجدول أيضاً في سبيل تعليم الطفل أو حتى المراهق بعض الأعمال المهنية البسيطة وهو الأمر الذي يجعل مثل هذه الاستراتيجية أهميتها في تحقيق التأهيل اللازم لمؤلاء الأطفال بما في ذلك تحقيق قدر ما من التأهيل المهني . كما يمكن من جانب آخر عرض مثل هذه الجدول والتدريب عليها من خلال الكمبيوتر، أو استخدام برنامج كمبيوتر يحق لهذا الغرض .

ويشير عادل عبدالحق (٢٠٠٤) إلى أنه يمكن استخدام تلك الاستراتيجية التي قدمتها كروزل جري Gray والتي نعرف بالقصص الاجتماعية social story والتي تم

المخصص على كل تركلها مع تحويلها إلى قصص اجتماعية مصورة تعمز في ملقم لأول على تنمية المهارات الاجتماعية، والمعرفية للطفل، وعلته على التماهي لاجتماعي. وهذه القصص بشكلها المتعدد تعمل في كل منها على نقل حكاية كاملة للطفل حيث يقوم لقاحت أو الوالد أو المعلم بقص القصة على الطفل من خلال مجموعة الصور المتضمنة التي تولف في يحملها تلك القصة للكاملة، لم يطلب من الطفل أن يقوم بعد ذلك بقص تلك القصة من خلال استعراض الصور التي تولفها مع وجود الأنواع الأربعة من الحمل أو العارات ذات الأهمية في هذا المصدد، وهي :

١ - الحمل الوصية أو التصويرية descriptive التي تصف السلوكيات المتحفة، وما يقوم به مختلف الأفراد في شئ للولف.

٢ - الحمل التوجيهية directive التي توجه نظره إلى ما يجب عليه الفم به، أو توجهه إلى السلوك الاجتماعي المناسب أو المرعوب.

٣ - الحمل للتظورية perspective التي تتناول استجابات الآخرين لمواقف معينة حتى يتعلم الطفل السلوك الاجتماعي المرعوب.

٤ - الحمل التنظيمية control التي تحدد استجابات معينة يمكن أن يستخدم الفرد لتخطيط الفكرة، وفهم القصة، ومقرها. وعلاوة ما تضاف لك الحمل إلى القصة الاجتماعية بعد قرائها، ومن أمثلتها أن صغاره علاة اء التي تعلق عن غلبان للاء وإمكانية عمل الشاى عادة ما تذكر ما يجرس المدرسة الذي يعلى انتهاء الفسحة، وهكذا.

أد تربية الوالدين أو إرشادها إلى كيفية التصرف مع أطفالها التوحيدين أو حتى المتعلمين عقلياً فوكز في الغالب على الحد من تلك السلوكيات الفوضوية أو حتى الخطيرة التي تصدر عى هؤلاء الأطفال سواء في المنزل أو المدرسة. كما أن هك هدد آخر هذا التهرب يتمثل في إمكانية أن يقوم هؤلاء الأطفال بتعميم ما تسربو عليه وددت على مواقف أخرى مشاهة غير تلك التي تدربوا عليها بطبيعة الحال عى

لحد من هذا السلوك أو ذلك مع تسليمنا بأن هذا الهدف ليس هيباً، وقد لا ينحصر حيث ينبغي أن نتعامل مع كل موقف بشكل مستقل. كذلك من الأهداف الأخرى التي نشدد عليها في هذا الصدد الحد من سلوك أو آخر يمكن اعتباره فوضوي أو خطير مع الاعتراف والتسليم من جانبنا بأن هذا ليس بالأمر اليسير أو الفوري. ولدى حساب ذلك يمكن أن يقوم الوالدان أيضاً بالتدريب اللغوي هؤلاء الأطفال وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى تحسين مستوى تفهمهم اللغوي، وما يتضمنه ذلك من زيادة حصصهم اللغوية، وزيادة احتمال قيامهم باستخدام هذه المفردات المعوية في سياقات اجتماعية مختلفة. ومن ثم يمكن أن يصبح بإمكان هؤلاء الأطفال إخراج حوررات ومحدثات مختلفة مع أقرانهم وهو ما يساعد إلى حد كبير في زيادة كم علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين، وتفاعلاتهم معهم، وتحسين كيف تلك التفاعلات إلى حسب ذلك.

ومن ناحية أخرى فإن تدريب الوالدين يمكن أن يتضمن قيامهما بمهمة تلك المشكلات الإنشائية التي تواجه أطفالهما، والعمل على تلبية احتياجاتهم حيث بعدد هم. كما أوضحنا من قبل الأكثر احتكاكاً بهم، والأكثر تلبية لاحتياجاتهم. وما لا شك فيه أن مواجهة مثل هذه للمشكلات من شأنه أن يساهم بشكل مباشر وفعال في تحظى العديد من العائلات التي قد تحول دون اندماج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم، وزيادة علاقات اجتماعية ناجحة معهم.

ومن الجدير بالذكر أن هناك العديد من الإجراءات والعينات التي يمكن أن تتضمنها برامج تدريب الوالدين من بينها المحاضرة، والمناقشة، وما يتطلبه ذلك من قراءات متعددة في الموضوع وهو ما تتضمنه كما يرى عادل عبد الله (٢٠٠٠ - ب) إستراتيجية التعليم النفسي psychoeducation. كما قد تتضمن أيضاً فنية لعب أدور، وعكس الدور بحيث يقوم كل عضو في الأسرة بدور معين ثم يتم بعد ذلك تبديل تلك الأدوار وهي كما نعلم تعد من الفنيات التي تتضمنها السيكودراما. وعلى حسب ذلك هناك لزيارات للوالدة من جانب الأخصائيين والمدرسين، ويمكن

الإرشاد في الموقف الأسرية الفعلية . ولا ينحصر علينا أن مثل هذه البرامج يجب أن تنصير مية هامة هي فئة المصلحة حيث يقوم أحد الوالدين بتدعيمه السلوك المرغوب بالأفضل ثم يقوم الأطفال بتقليد ذلك السلوك والقيام به من تلقاء أنفسهم مع قيام الوالدين بتصويب الأخطاء أولاً بأول إلى جانب تعزيز السلوك الإيجابي، وإعطاء مكافآت للأطفال.

هذا وقد قمنا باستخدام وتطبيق برنامج إرشادي مرن سلوكي لأهالي الأطفال التوحدين في سبيل الحد من السلوك الانسحابي هؤلاء الأطفال ( عادل عبدالله ٢٠٠١ ج١ - ) واستعملنا فيه إلى جانب بعض هذه التقنيات إستراتيجية التخصيص التدريجي ضد الضغوط ، والتدريب على حل المشكلات إلى جانب الواجبات المنزلية وذلك في كل جلسة تدريب على ما تم للتدريب عليه أثناء الجلسات وتطبيقه على مواقف معينة للأطفال . كما قمنا أيضاً باستخدام هذا الأسلوب في إرشاد والدي الأطفال لتدريبهم عقلياً لتابعة تدريب أطفالهم هؤلاء على استخدام جدول النشاط المصوّر في سباقات أسرهم في سبيل تحسين مستوى تفاعلهم الاجتماعية ( عادل عبدالله ونسيب مرحات ٢٠٠١ ج٢ ) وتم استخدام المحاضرة ، والمناقشة ، والتمهيد إلى جانب الإجراءات المتبعة مع جدول النشاط المصوّر .

وبعد تدريب الوالدين على استخدام تلك البرامج التي تعمل على تنمية مهارات التواصل لدى هؤلاء الأطفال يجب أن يكون هناك تركيز على استخدام التواصل البصري أو ما يعرف بالتلاحم بالعين eye contact وعلى ذلك يجب أن يتضمن البرنامج ضرورة مكافأة الطفل حال قيامه بالتواصل البصري حيث أن من هذا الأمر من شأنه أن يؤدي إلى تحسين السلوك الاجتماعي واللعب والمحدث .

ومع ذلك فإن البرامج التي يتم تقديمها للوالدين قد لا تأتي في بعض الأحيان كما يرى كندول ( ٢٠٠٠ ) Kendall نتائج مباشرة ، ولا تصل بتأثيرها إلى ما توفقه وذلك بسبب سلوك الطفل التوحدي إذ أنها قد لا تؤدي إلى اكتساب السلوك



المطلوب بالشكل المطلوب ، أو أنها قد لا تؤدي إلى الحد من السلوك غير المرغوب اجتماعياً بالدرجة التي نصير إليها . ولكننا في مثل هذه الحالات لا يمكن أن نقول أن مثل هذه البرامج لم يكن لها فائدة، أو أنها قد أضحت غير ذات جدوى حيث أنها تعد في واقع الأمر ذات أهمية إذ نلاحظ أنه على الرغم من عدم حدوث التغيير المطلوب في سلوك الطفل فإن تلك البرامج تعمل على تلطيف جو المنزل، وتحسين البيئة الأسرية بل الدرجة التي قد تمنع شعور الوالدين باليأس من جراء سلوك طفلهما، أو حتى شعورهم بالاحترق النفسي وهو أمر في غاية الأهمية حتى يتمكن الوالدين من استكمال مسيرة، والمحاولة من جديد لحل الأمر في هذه المرة يكون أفضل من المرة السابقة يظهر أثر تلك البرامج وأصبحت على سلوك الطفل .



## المراجع

- ١- حسنى، حسام حناوى (١٩٩٦)؛ المؤثرات التشخيصية الفارقة للأطفال دوى الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية، رسالة ماجستير، عز مشورة، كلية التربية جامعة أم القرى مكة المكرمة.
- ٢- سميرة عبداللطيف السعد (١٩٩٧)؛ معانتي والتوحد - ط٢- الكويت، ذات اسلاسل.
- ٣- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤)؛ الأطفال للموهوبين ذوي الإعاقات - القاهرة، دار ارشاد.
- ٤- عبد عيظ محمد (٢٠٠٣)؛ تعديل السلوك للأطفال للتخلفين عقلياً استخدام جدول النشاط للصورة: دراسات تطبيقية - القاهرة، دار الرشاد.
- ٥- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢ - أ)؛ الأطفال للتوحيدين: دراسات شخصية وبرمجة - القاهرة، دار الرشاد.
- ٦- عدن سميرة محمد (٢٠٠٢ - ب)؛ جدول النشاط الصورة للأطفال التوحدين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً - القاهرة، دار الرشاد.
- ٧- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١ - أ)؛ جدول النشاط الصورة كإحدى إستراتيجيات تربية الطفل لدى الحاجات الخاصة - مؤتمر الطفولة العربية، مواقع ويستقبل - مركز دراسات الجنوب بجامعة جنوب الوادى بالاشتراك مع المركز العربى لتعليم والتنمية، العدد ٢٩ - ٣١/١٠.

٨- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١ ب)؛ بعض الخصائص النفسية الاجتماعية للأطفال التوحديين وأثرهم المعلقين عقلياً، دراسة شخصية مقارنة، مجلة المصرية للدراسات النفسية، ١١م، ع ٣٢.

٩- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١ ج-)؛ فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأهليّة الأطفال التوحديين في أخذ من السلوك الانسحابي لولاء الأصدقاء، مجلة لإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، ع ١٤.

١٠- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١ د)؛ مقاييس العنقل التوحدي، القاهرة، مكتبة الأمل للصرية.

١١- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠ أ)؛ فعالية برنامج تدريبي لتسمية مهارات التواصل لدى بعض الأطفال السلوكية للأطفال التوحدين، مجلة بحوث كلية أدب جامعة بنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد السادس.

١٢- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠ ب)؛ العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الإرشاد.

١٣- عادل عبدالله محمد (١٩٩٢)؛ النمو العقلي للطفل، ط٢، القاهرة، دار الشرفية.

١٤- عادل عبدالله محمد والسيد محمد فرحات (٢٠٠١)؛ إرشاد الوالدين لتدريب أطفالهما اندافين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة وفعاليتها في تحسين مستوى تفاعلهم الاجتماعية، المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، ٤-٦/١١.

١٥- عادل عبدالله محمد رمي خليفة حسن (٢٠٠١)؛ فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط في تنمية السلوك التكيفي للأطفال التوحدين، مجلة بحوث كلية الآداب جامعة بنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد الثامن.

١٦- عبد الرحيم عثيت عبد الرحيم (١٩٩٩)؛ لطفل التوحدي (مدلي لامنسراي)، القيلس والتشخيص القاري، المؤتمر الدولي لالسنس مركز لإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ١٠- ١٢ / ١١ .

١٧- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤)؛ خصائص أداء الأطفال النصائى، مترجمة (الأوتيسه)، على استخبار أنزنت لشخصية الأطفال، مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، م ١٣، ج ١ .

١٨- محمد على كامل (١٩٩٨)؛ من هم ذوى الأوتيزم وكيف نعالجهم لتعج، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

١٩- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩)؛ للراجعة العاشرة للتصنيف النولى للأمراس ICD 10 تصنيف الاضطرابات النفسه والسلوكية : الأوصاف السريره (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية الشخصية، ترجمة وحده الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة، الإسكندرية، المكتب لإتبعى لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية.

٢٠- مادية إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٠)؛ الطفل التوحدي فى الأسرة، الإسكندرية، المكتب العلمى للنشر والتوزيع.

21 Asrcos, M.&Gittens, T.(1992); The handbook of autism: A guide for parents and professionals. New York: Routledge.

22.American Psychiatric Association (1994) , Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed., DSM- IV, Washington,DC: author.

23 Autism Society of America (1999) ; What is autism? USA,Bethesda, MD.

24.Buminger,N.& Kasari,C.(1999); Theory of mind in high-functioning children with autismJournal of Autism and Developmental Disabilities, v29, n1.

- 25.Boomer, L.et.al.(1995); Legal issues concerning children with autism and pervasive developmental disabilities. Behavioral Disorders, v21, n1
- 26.Borden, M.C & Ollendick, T.H.(1992); The development and differentiation of social subtypes in autism. In B. Lahey & A.E. Kazdin (eds.) ;Advances in clinical child psychology. New York: Plenum Press.
- 27.California State Department of Developmental Services (1999);Changes in the population of persons with autism and pervasive developmental disorders in California's developmental services system : 1987 through 1998. A report to the legislature Sacramento, California, CA.
- 28.Center for Disease Control and Prevention (1999) , Autism: causes, prevalence, and prevention . Washington, DC. , Medical Knowledge Systems, Inc.
- 29.Dennis Maureen et.al. (1999) ; Intelligence patterns among children with high- functioning autism , phenylketonuria, and childhood head injury. Journal of Autism and Developmental Disorders, v29, n1
- 30.Detroit Medical Center (1998);Autism: causes and symptoms Detroit, Medical Knowledge Systems, Inc.
- 31.Dorman, Bea & Lefever, Jennifer(1999);What is autism? Bethesda, MD, Autism Society of America.
- 32.Dunlap, Glen & Pierce, Mary (1999);Autism and autism spectrum disorder (ASD). New York. The Council for Exceptional Children
- 33.El-Ghuroury, Nabil H & Romanczyk, Raymond G.(1999) ; Play interactions of family members towards children with autism . Journal of Autism and Developmental Disorders, v29, n3.
- 34.Gillson, Sharon (2000); Autism and social behavior. Bethesda MD., Autism Society of America.

- 35 Gordon, C.T. et al. (1993); A double-blind comparison of clomipramine, desipramine, and placebo in the treatment of autistic disorder. *Archives of General Psychiatry*, v50.
- 36 Hauck, M. et al. (1995); Social imitations by autistic children to adults and other children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 25, n 3.
- 37 Herbert, Martin (1998) ; Clinical child psychology : Social learning development and behavior 3<sup>rd</sup> ed., UK, Chichester.
- 38 Kendall, Philip C. (2000) : Childhood disorders . UK , East Sussex ; Psychology Press Ltd, Publishers.
- 39 Koegel, R.L. & Koegel, L. (1996); Teaching children with autism: strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities. Baltimore: Paul H. Brooks.
- 40 Lord, C. & Rutter, M. (1994); Autism and pervasive developmental disorders. In M. Rutter & L. Heronov (eds.); *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, UK: Blackwell Scientific Publications.
- 41 Lovaas, O.I. (1987); Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v 55, n 1.
- 42 Menkov, G.B. & Shea, V. (1996) ; Full inclusion and students with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v26, n 2.
- 43 Newsom, C. (1998); Autistic Disorder. In E. Mash & R. Barkley (eds.). *Treatment of childhood disorders*. 2<sup>nd</sup> ed., New York: Guilford Press.
- 44 Newsom, C. & Hovenitz, C. (1997) ; Autistic disorder. In E. Mash & L. Terdal (eds.); *Assessment of childhood disorders*. 3<sup>rd</sup> ed., New York: Guilford Press.
- 45 Quintana, H. et al. (1995) ; Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder . *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 25, n 2.

46. Rutter, M.et.al. (1994); Autism and Known medical conditions. Myth and substance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v 35, n 2.
47. Schretzman, L.&Koegel,R.(1996); Fostering self-management. Parent delivered pivotal response training for children with autistic disorders. In E. Hibbs & P. Jensen (eds.) ; *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders : empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC. American Psychological Association.
48. Smith,M.et.al.(1995). A guide to successful employment for individuals with autism. Baltimore. Paul H Brookers Publishing Co
49. Stone, W.et.al. (1999) ; Can autism be diagnosed in children under 3 years of age? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v 40, n 2.
50. Trepagnier, Cheryl (1996), A possible origin for the social and communicative deficits of autism . *Focus on Autism and Developmental Disorders*, v 11, n 3.
51. Volkmar, F.R.(1996); Brief report: Diagnostic issues in autism, results of DSM-IV field trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 26, n 1.
52. World Health Organization(1992); *The ICD- 10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guide lines*. Geneva, author.
53. Zigmond,N &Baker, J.M.(1995); Concluding comments: Current and future practices in inclusive schooling . *Journal of Special Education*, v 29, n 2.
54. Zoccolillo,M.(1993);Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, v 5, n 1.

• • •

## الفصل الرابع

### **متلازمة أعراض داون**





## مُتَلَاَزِمَةٌ

تعد زُمنة أو متلازمة Down's syndrome شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية، كما تعد حالة وليست مرضاً أو اضطراباً. وتنتج هذه الحالة في الأساس من شذوذ كروموسومي ينشأ عن خلل أو شذوذ في انقسام الخلايا سواء قبل الحمل أو بعد حدوثه، وسواء كانت تلك الخلايا أنثوية أو ذكورية مما يؤدي إلى وجود كروموزوم إضافي في الكروموزوم رقم ٢١ على أثر ذلك، وبالتالي يصبح ثلاث بدلاً من كونه ثنائياً في الموضع الطبيعي ليصبح بذلك عدد الكروموسومات في الخلية الواحدة ٤٧ بدلاً من ٤٦، ومع انقسام الخلايا تصبح خلايا الجسم جميعها كذلك حيث ينعكس ذلك الأمر مرة بسبع وتكرر لتلك الخلايا. وتعرف مثل هذه الحالة بالخلل أو الشذوذ الكروموسومي في الكروموزوم رقم ٢١ ( Trisomy 21 ) وهي الحالة التي نأخذ ثلاثة نماذج مختلفة مما يجعل هناك ثلاثة أنواع لمتلازمة داوون.

ومن أكثر وأهم الآثار التي تترتب على هذه الحالة حدوث قصور في الأداء الوظيفي العقلي تقل معه نسبة ذكاء الطفل لتصبح في حدود التخلف العقلي البسيط أو المتوسط فقط، وبأدنى حد ما نجد أطفالاً من ذوي هذه المتلازمة في فئة التخلف العقلي الشديد. كما أنه من المعروف في تلك الحالة أن هناك قصوراً دائماً يلازمها ينمى في حدوث خلل أو قصور أو اضطراب في الغدة الدرقية thyroid gland حيث أن هرمون إفرازها للهرمون الخاص بها والذي يعرف بالثيروكسين thyroxin الذي يعد ضرورياً للأداء الوظيفي العقلي كمن يصل إلى المستوى العادي أو الطبيعي، وبالتالي فإن الأداء الوظيفي العقلي للأطفال من ذوي هذه المتلازمة يتأثر سلباً من جراء ذلك، كما تقل أيضاً نسبة ذكاوتهم حتى أكثره.

ومن الجدير بالذكر أن هذا الأمر أي الخطأ الكروموسومي يؤثر سلباً على نمو الجنين، وعلى نمو الجسم عامة مما يترتب عليه كما أسلفنا قصور في الأداء الوظيفي "عقلي"، وبعد في معدل أو سرعة نمو هؤلاء الأطفال في جوانبه المختلفة، وتتأثر من هذه الجوانب سلباً بدرجات متفاوتة من الناحيتين الكمية والكمية وذلك قياساً بأرقامهم العاديين في نفس عمرهم الزمني، كما تتأثر قدراتهم ومهاراتهم المختلفة التي تتعلق بتلك بدرجات سلباً أيضاً، فتشاهد بذلك قصوراً يختلف ويتباين في معدل من قدرة إلى أخرى، وإلى جانب ذلك تبدو عليهم سمات جسدية معينة تميزهم عن غيرهم من الأطفال، كذلك فإن مثل هذا الوضع الذي ينتج عن تلك الحالة يؤدي بالقطع إلى أوضاع أخرى عطلية تؤثر سلباً على صحتهم ورفاهيتهم، بل وعلى حياتهم دائماً إذ يربس على ذلك إصابتهم بالعديد من الأمراض والاضطرابات المختلفة مما يجعلهم في حاجة إلى رعاية طبية مناسبة حتى يمكن الاستفادة مما تبقى لديهم من قدرات، وسميها وتطورها في سبيل قيامهم في الملقام الأول، برعاية الذات، ثم تعليمهم في إطار مدروس التربية المعكبة، أو حتى دمجهم مع أقرانهم العاديين في الفصول العادية، وتوجيههم مهياً عندما يصلون إلى مرحلة المراهقة وذلك في ضوء ما يتسمون به من قدرات ومكاتب حتى يؤهلهم للحصول على عمل مناسب يتلاءم معهم ومع ظروفهم بشكل عام.

### متلازمة داون

تعد متلازمة داون بمثابة حالة جينية تنتج عن حدوث خلل أو شذوذ كروموسومي حيث تتضمن كروموسوماً إضافية في تلك الخلايا التي يتألف الجسم منها، ويذهب ماثير (۲۰۰۲) Matthers إلى أن مثل هذا الكروموزوم الإضافي غالباً ما ينتج عن واحد من ثلاثة احتمالات تكمل فيما يلي :

١- شذوذ في انقسام خلايا البويضة ovum قبل الحمل، before conception

٢- شذوذ في انقسام الخلايا التي يتضمنها الحيوان النوي sperm قبل أن يتم

الحمل.

٢ شذوذ في انقسام تلك الخلايا التي تصممها البريضة لتلقحها fertilized egg بعد أن يتم الحمل .

وعسى الرغم من ذلك فإن السبب الذي يجعل هناك شذوذاً في انقسام الخلايا لا يزال غير معروف حتى الآن بالرغم من معرفة مثل هذا الكروموزوم الإصلي على وجه التحديد، حيث يتمثل في الكروموزوم رقم ٢١ الذي يصغر ثلاثاً أى يتضمن ثلاثة كروموزومات بدلاً من اثنين فقط ليصبح بذلك إجمالي عدد الكروموزومات في خلية الواحدة ٤٧ كروموزوماً وليس ٤٦ كما يحدث في الحالات العادية إذ يوجد لدى الفرد العادى ٢٣ زوجاً من الكروموزومات في كل خلية بحسبه يأثر بعضهم من لأب والنصف الآخر من الأم حيث من المعروف أن كل فرد ذكراً كان أم أنثى لديه ٢٣ زوجاً من الكروموزومات في الخلية يختص أحد تلك الأزواج بتحديد جنس الخلية X chromosome ويكون XX عند الأنثى يسما يكون XY عند الذكر . وإذا أخذ الجير X من الأم و X من الأب فإنه يصبح أنثى، بينما إذا أخذ X من الأم و Y من الأب فإنه بذلك يصبح ذكراً. أما عند حدوث ذلك الخطأ الكروموزومى أشار إليه فان هذا الكروموزوم الإصلي أو الزائد يعمل على تغيير مسار أو مصير نمو اعداى أو الطبيعي لكل من مخ الطفل وجسمه مما يؤدي إلى وجود سمات جسمية مميزة فبكون وجهه مسطحاً وعريضاً وتكون أذناه صغيرتين وعريض الشك، كما يكون فمه صغيراً كذلك، أما يانه فمكونا عريضتين، وكذلك الخال بالسنة بقدميه، ويكون ذراعيه ورجليه صغيرين قياساً بجذعه وهو الأمر الذي يمكن ملاحظته حتى عند ميلاد الطفل . ويلاحظ على تلك السمات ما يلي :

- ١- أن بعض هذه السمات وليس كلها يمكن أن توجد لدى الطفل العادى، وهذا لا يعنى أنه يعاني من متلازمة داون حيث اللهم هو وجود كل هذه السمات الجسمية لدى الطفل وانماجها معاً.
- ٢- أن هذه السمات تتباين في درجتها بين طفل وآخر، ولكنه توجد ككل لدى جميع الأطفال الذين يعانون من تلك المتلازمة.

٣- أن هذه السمات لا تؤدي إلى حدوث أى إعاقات جسدية للطفل .

وحسب ما يذكر أن ملازمة داون تؤدي بالطفل إلى الإعاقة العقلية الى بتراوح مداها بين التخلف البسيط والمتوسط فقط . كذلك فإن العوامل التي ترتبط به مثل التخلف العقلي، وانحذاء العضلات، والمشكلات المتعلقة بتجهيز المعلومات في المخ، وفقد السمع يمكن أن تؤدي جميعها وذلك عند تداخلها معاً إلى حدوث إعاقات نمائية للطفل. ولذلك فإن ملازمة داون كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٣) تعتبر هي أكثر الاضطرابات النماية للأطفال شوعاً، وتضم مثل هذه الاضطرابات النماية ما يلي :

١- ملازمة داون . Down's syndrome

٢- اضطراب التوحد Autism والاضطرابات النمائية المنتشرة الأخرى .  
other pervasive developmental disorders

٣- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط المفرط ADHD

٤- الشلل الدماغي . cerebral palsy

٥. الصرع . epilepsy

٦- تشقاقات السماع . spina bifida

٧- التعرض قبل الولادة للكحوليات والمخدرات الأخرى . fetal alcohol  
and drugs

يمثل كل من هذه الاضطرابات النماية في جوهره مشكلة عظيمة تتضمن لعديد من أوجه القصور التي تؤثر بالسلب على الأداء الوظيفي اليومي للأطفال؛ وعلى نموهم 'نفسى لاجتماعي الانفعالي، وعلى نموهم وقدراتهم العقلية للفرعية؛ كما أن التعرض قبل الولادة للكحوليات والمخدرات الأخرى يؤدي إما إلى اضطراب التوحد أو 'تخلف العقلي وهو الأمر الذي يجعل لكل هذه الاضطرابات في النهاية تأثيراً شديداً على هؤلاء الأطفال 'نفسهم وعلى أسرهم وعلى المجتمع بأسره .

وعنى هذا الأسس فإن متلازمة دارون في حد ذاتها ليست هي الخلف المعنى كما يعتمد لبعض، وإنما هي حالة من حالات الإعاقة العقلية، وهي اضطراب يأتى بؤدى إلى حالات أخرى ترتب عليه وذلك كما يلى .

١- قصور في الأداء الفوظيفى العقلى للطفل بحيث تصبح نسبة ذكائه في حدود الخلف العقلى إما البسيط أو المتوسط فقط .

٢- حدوث صعوبات تعلم تتراوح في شدتها بين المستوى البسيط إلى المستوى الشديد .

٣- وجود سمات جسمية معينة تميز الطفل عن غيره من الأطفال سواء من العاديين أو من فئات الإعاقة الأخرى .

٤ تعرض الطفل لبعض المشكلات الصحية والأمراض المصاحبة التي تترك أثر سلباً عليه .

وي لا شك فيه أن هذه الحالة كانت تعرف قديماً بالخزولة mongolism نسبة إلى بحس مسعول بأسيا Mongolia لأن الطفل يشبههم في شكله، إلا أن من هذا المصطلح قد أخذ البعض وخاصة للفقوليون على محمل آخر واعتبروه إهانة لهم، ومن هذا بسطل لم يعد يستعمل في الوقت الراهن، واستخدم اسم متلازمة دارون بدلاً منه. علماً بأن اضطراب في كتابتها هو Down's syndrome وليس Down syndrome لأن دارون Down نفسه، وأعني به الطبيب الإنجليزي جون لانغدون دارون John Langdon Down الذي اكتشف هذه المتلازمة عام ١٨٦٦ عند دراسته للأطفال متخفيري عقلياً، وقرر أن أولئك الأطفال الذين يعانون منها يختلفون عن أقرانهم المتخفيري عقلياً لم يكن هو شخصياً مصاباً بها، كما أنها بطبيعة الحال ليست موروثة أو شبيهة خاصاً به حتى نكتبها Down syndrome ولكنه هو الذي اكتشفها وبذلك يجب أن يكتب Down's syndrome كما يفضل الأمريكيون من ناحية أخرى أن

يقوموا في هذا الصدد Down's child أو the Down's أو the Down children وإن كنا نحى برى فيما يتعلق باستغلال مثل هذه المصطلحات أن البعض قد لا يرمقون أنفسهم بحثاً عن الحقيقة لأن الخطأ الشائع قد يكون في بعض الأحيان أفضل لهم وليس من الحقيقة الضائعة.

ومن يجدير بالذكر أن هؤلاء الأطفال يعانون كما ترى مانسى روبرين (٢٠٠١) Roizen, N. أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب، وأمراض الجهاز الهضمي، كما أنهم نظراً لشكل وتركيب أذانهم والجفون الأعلى من جهازهم التنفسي يعانون أكثر عرضة للعدوى والإصابة أو الأمراض التي يمكن أن تلحق بأذانهم وجهازهم التنفسي، ومع ذلك فإنهم إذا ما وجدوا الرعاية المناسبة، والعرض للرعاية والتعليم والتدريب يمكن أن تتحسن صحتهم ويحسن أدائهم الاجتماعي، وقد يعيش بعضهم حتى يصل الخمسين وربما الستين من عمره.

وتضيف روبرين (٢٠٠١) Roizen أن هناك ثلاثة أنماط رئيسية من متلازمة داون يمكن أن تعرض لها على النحو التالي .

#### ( ١ ) وجود كروموزوم إضافي في الكروموزوم رقم ٢١ : Trisomy 21

يضم هذا النمط حوالي ٩٥ ٪ من أولئك الأفراد ذوي متلازمة داون حيث يكون الكروموزوم رقم ٢١ لديهم ثلاثياً وليس ثنائياً أى يضم ثلاثة كروموزومات وليس اثنين. ونتيجة لهذا الكروموزوم الإضافي أو الزائد يصبح عدد الكروموزومات لديهم في كل خلية من تلك الخلايا التي تضمها أجسامهم ٤٧ وليس ٤٦ كما هو الحال في الوضع الطبيعي حيث بعد انقسام الخلايا بخانة نسخ وتكرار للخلايا الأم أى الأصبية في كل خلايا الجسم. وهناك احتمالات لصغر هذا الكروموزوم الإضافي أو الزائد بتمثلان فيما يلي :

- ١- أن يأتى هذا الكروموزوم من البويضة الأنثوية، ويحدث ذلك تقريباً لدى ٩٥ ٪ من تلك الحالات التي تتعرض لهذا الأمر.

٢ أن بأى هذا الكروموزوم من الحيوان للنوى وهو ما يحدث لدى ٥ ٪ فقط من مثل هذه الحالات تقريباً.

وحسب ما ذكر أن هذا الخطأ الكروموزومى قد يحدث إما قبل الحمل، أو بعده أى أثناء تخصيب البويضة، كما أن احتمالات حدوث مثل هذا الخطأ الكروموزومى تزداد مع زيادة عمر الأم الحامل، وإن كان هذا الاحتمال يزداد بوجه عم عند الأم بعد الخامسة والثلاثين من عمرها إذ يزداد آنذاك احتمال حدوث الانقسام الخاطئ للكروموزومات من جانبها ببلية من هذا النسب.

( ٧ ) الانتقال جزء من الكروموزوم رقم ٢١ من موضعه إلى كروموزوم آخر :

#### Translocation

ويحدث هذا النمط لدى ٤ ٪ تقريباً من ذوى متلازمة داون. ويحدث مثل هذا الانتقال عندما يقوم جزء من الكروموزوم رقم ٢١ سواء كان مصدره من البويضة أو الحيوان المنوي، وسواء كان ذلك قبل أن يتم للحمل أو بعد حدوثه بالتوقف فجأة أثناء عملية انقسام الخلايا، ثم يتصل بكروموزوم آخر وينتقل إليه، وغالباً ما يكون هذا الكروموزوم الآخر هو الكروموزوم رقم ١٤ ، وبذلك يظل العدد الكلى للكروموزومات بالخلايا ٤٦ أى يظل العدد من هذا للطلاق طبيعياً دون حدوث أى زيادة فيه، ويؤدي وجود هذا الجزء من الكروموزوم رقم ٢١ مع كروموزوم آخر إلى حدوث متلازمة داون بسماتها وأعراضها المميزة. وعلى العكس من النمط السابق الذى يمثل ن الزيادة الكروموزومية فإن الانتقال الكروموزومى الذى يمثلته النمط الحالى لا يزداد احتمال حدوثه بزيادة عمر الأم الحامل. ويضاف إلى ذلك أن الطفل ن هذه الحالة ذكراً أو أنثى يكون حاملاً لمتلازمة داون أى أنه مثل سلة سائنة لديه، وبالتالي فإنه إذا ما أنجب أطفالاً بعد ذلك فإنه سوف يشبه إليهم بالضرورة.



### ( ٣ ) الفسيغستاتية أو تضاعف تركيب الخلايا : Mosaicism

وتحدث هذا النمط لدى ١ % تقريباً من حوى متلازمة داون، وفيه يحدث الشذوذ في انقسام الخلايا بعد أن يتم الحمل . ويتسم ذلك النمط بوجود تضاعف تركيبي أو فسيغستاتي خلايا الجسم mosaic يجمع بين الخلايا العادية والخلايا الشاذة بحيث تكون بعض خلايا الجسم عادية أى تضم ٤٦ كروموسوماً في حين يكون بعضها الآخر شاذاً أى يضم ٤٧ كروموسوماً بدلاً من ذلك . وعلى هذا الأساس إذا كان عدد الخلايا العادية يفرق عدد الخلايا الشاذة تقل لدى الفرد تلك السمات الدالة على متلازمة داون، والعكس صحيح أى أن مثل هذه السمات تزداد بزيادة عدد الخلايا الشاذة . ويرى حاسب ذلك فإن بعض هؤلاء الأفراد يتمتعون بمستوى ذكاء أعلى من مستوى ذكاء أفرادهم في النمطين الأول والثاني من متلازمة داون، كما تقل لديهم المشكلات الجنسية و لصحية المختلفة التي يتعرض لها أفرادهم في النمطين السابقين .

#### نسبة انتشار متلازمة داون

بعد متلازمة داون من أكثر الاضطرابات التمثالية انتشاراً في الوقت الحاضر حيث تبلغ نسبة انتشارها على مستوى العالم كما تقرر الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (٢٠٠١) American Academy of Pediatrics واحد لكل مائتي امرأة ولادة ( ١ . ٨٠٠ ) تقريباً، وهي نسبة ليست قليلة تحت أى ظروف، ولا يمكن الاستهانة بها أو التقليل من شأنها حيث تعد على العكس من ذلك وبكل المقاييس نسبة كبيرة . أما في الولايات المتحدة الأمريكية فيصل عدد الأطفال الذين تتم ولادتهم سنوياً وهم يعانون من هذه الحالة إلى ١٦٠٠ طفلاً وهو ما يعنى أن هذا العدد يضاف سلباً إلى أعداد الكس لئلا هؤلاء الأفراد والذي يبلغ ٣٥٠ ألف شخص . ومن المعروف أن هذه الحالات يزداد حدوثها مع زيادة عمر الأم الحامل، أى أن احتمال حدوث التشوؤ الكروموسومي يزداد وفقاً لذلك . وعلى هذا الأسس فإن نسبة انتشار هذه الحالة إذا كان عمر الأم الحامل يتراوح بين ١٨ سنة إلى أقل من ٣٠ سنة تصل إلى حوالي واحد

كل ٢١٠٠ حالة ولادة، أما إذا كانت الأم الحامل في العقد الرابع من عمرها أى في الثلاثينيات بمعنى أن عمرها يتراوح بين ٣٠ سنة إلى أقل من ٤٠ سنة فإن عدد نشت الحلات تزايد بشكل دال حيث تصل نسبة الانتشار إلى واحد لكل ألف حالة ولادة، بينما يزداد عدد مثل هذه الحالات بشكل أكثر دلالة، وتزيد بالتالى نسبة لانتشار بشكل مماثل إذا ما كان عمر الأم الحامل يزيد عن أربعين عاماً حيث تصل نسبة انتشار هذه الحالة آنذاك إلى واحد لكل مائة حالة ولادة، وهى نسبة مرتفعة للغاية بطبيعة الحال.

وتوضيح للدراسات التى تم إجرائها فى هذا الصدد أن هذه الاحتمالات تسير تقريباً وفقاً للمعدل التالى :

- ١ - يبلغ المعدل واحداً لكل ٢١٠٠ حالة ولادة إذا كان عمر الأم الحامل يقل عن ٣٠ سنة.
- ٢ - يصبح المعدل واحداً لكل ٤٠٠ حالة ولادة عندما يصل عمر الأم الحامل ٣٥ سنة.
- ٣ - يصل المعدل إلى واحد لكل ٢٠٠ حالة ولادة إذا ما وصل عمر الأم الحامل ٣٦ سنة.
- ٤ - يصير المعدل واحداً لكل ٢٣٠ حالة ولادة فى عمر ٣٧ سنة للأم الحامل.
- ٥ - يصل المعدل واحداً لكل ١٨٠ حالة ولادة فى عمر ٣٨ سنة للأم الحامل.
- ٦ - يصبح المعدل واحداً لكل ١٣٥ حالة ولادة إذا ما بلغت الأم الحامل ٣٩ سنة.
- ٧ - يصير المعدل واحداً لكل ١٠٠ حالة ولادة عندما تصل الأم الحامل إلى سن الأربعين.
- ٨ - أما فى الثانية والأربعين من عمرها فيصل إلى واحد لكل ٦٠ حالة ولادة.

٩ - في الرابعة والأربعين من عمرها يبلغ المعدل واحداً لكل ٣٥ حالة ولادة.

١٠ - يصبح في السادسة والأربعين من عمرها واحداً لكل ٢٠ حالة ولادة.

١١ - يبلغ المعدل واحداً لكل ١٦ حالة ولادة إذا ما وصلت الأم الخامسة إلى ٤٧ عاماً.

١٢ - يصل للمعدل إلى واحد لكل ١٢ حالة ولادة عندما تصل الأم الحامل إلى ٤٩ عاماً.

ومن الجدير بالذكر أن هذه الحالة أي وملة أو متلازمة داون كما يذهب كل من هيرناندير وفيشر (Hernandez&Fisher ١٩٩٦) لا ترتبط بأي من السلالة، أو العرق، أو الجنسية، أو المستوى الاقتصادي أو الاجتماعي أو الثقافي، كما أنه إلى حدب ذلك لا يمكن أن عزوها إلى أي ممارسات سلوكية من جانب الوالدين، أو إلى أي عوامل بيئية أخرى حيث أن السبب الرئيسي الذي يؤدي إليها يمثل كما أشرنا من قبل في حدوث شذوذ كروموسومي في انقسام الخلايا سواء في الحيوان المنوي أو في البويضة، وسواء تم ذلك قبل حدوث الحمل أو بعده وذلك في أي نخط من النمط الثلاثة هذه بمتلازمة. وعلى الرغم من أن معدل انتشار هذه الحالة يزداد مع زيادة عمر الأم الحامس فإن هناك حقيقة هامة تلقى بظلالها على ذلك يمكن أن نقر بترصيعها في عدد من النقاط كما يلي :

١- أن احتمال ولادة طفل آخر من ذوي متلازمة داون لنفس الأسرة لا يتجاوز نسبة ١ % بعض النظر عن عمر الأم.

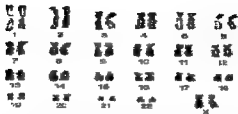
٢- أن حوالي ٧٥ % من هؤلاء الأطفال يولدون لأسهات لم تبلغن الخامسة والثلاثين من أعمارهن، بل عالياً ما تكن في العشرينيات من أعمارهن.

٣- أن حوالي ٢٥ % فقط من أولئك الأطفال يولدون لأسهات تزداد أعمارهن عن ٣٥ عاماً.

وقد يرجع ذلك ببساطة إلى أن الأم عندما تصل إلى الخامسة والثلاثين من عمرها يكون قد أصبحت عدة مرات، وغالباً ما تتوقف عن الإنجاب في ذلك الوقت، كما أن الحمل والإنجاب بعد هذا السن لا يحدث إلا لدى نسبة قليلة قد لا تتجاوز ٩ ٪ فقط. إذن فالنسبة الأكبر من الحمل والولادة تتم قبل هذا السن وليس بعده وربما يرجع ذلك لهذا السبب. ومن هنا نشط نقول مسألة الخطأ أو الشذوذ الكروموزومي الذي يعد السبب في حدوث هذه الحالة أمراً غير معروف على وجه التحديد. حتى وقد افترض، وإن هناك احتمال لكي يحدث حدوثه - يزداد فقط - عندما يريد عمر الأم الحامل من خمس وثلاثين سنة. وعلى الرغم من ذلك فإن هذا لا يعني مطلقاً أن أي أم تعمل أو تنجب بعد هذا السن يحدث لديها مثل هذا الشذوذ أو الخطأ الكروموزومي في الميعاد، والحال، وبالتالي يكون طفليها من ذوي هذه المتلازمة.

### الأسباب المؤدية إلى متلازمة داوون

لست هناك أسباب متعلقة يمكن أن تؤدي إلى حدوث متلازمة داوون، وبما توقع والمحمول الإكليميكية الطيبة التي تم إجرائها في هذا الإطار تؤكد أن هناك سبباً رئيساً بعد هو المستول على حدوث هذه المتلازمة حيث ترجع في الأساس إلى عدم جدي بعض في حدوث خطأ كروموزومي أو شذوذ في انقسام الخلية سواء تم هذا الأمر قبل أو بعد حدوث الحمل، وسواء كان مصغر ذلك هو الجيوب جنوي أو البريضة. ويتج عن هذه الحالة وجود كروموزوم إصالي أو زائد في الكروموزوم رقم ٢ فيصبح ثلاثياً بدلاً من كونه ثنائياً كما هو الوضع في الحالات الطبيعية إذ تتضمن إحدى العادة أو الطبيعية ٢٣ زوجاً من الكروموزومات في الخلية الواحدة بينما أحد هذه الأزواج بنفس الجنس الجنين ليصبح بذلك عدد الكروموزومات في الخلية الواحدة ٤٦ كروموزوماً يوضحها الشكل التالي علماً بأن انقسام الخلية يعني بنسخ وتكرار عملية الأصلية لتصبح كل خلية الجسم مثلها.



شكل ( ٤ - ١ ) خصائص نواة الخلية Karyotype في المرض العصبي

أم الشبوك الكروموسومي الذي ينتج عنه وجود كروموزوم إصاب في الكروموسوم رقم ٢١ فيروحه الشكل التالي. وحسب بالذكر أن هذا الأمر يحدث لدى ٩٥ ٪ تقريباً من الحالات، وقد لا ينتج من ناحية أخرى عن ذلك حدوث مثل هذه زيادة في عدد الكروموسومات وذلك لدى ٤ ٪ من الحالات تقريباً حيث ينتقل جزء من الكروموسوم رقم ٢١ إلى كروموزوم آخر، أما النسبة الباقية والتي تبلغ ١ ٪ تقريباً فتتجمع بين الخافتين أي بين وجود زيادة في عدد الكروموسومات في بعض الخلايا حيث يصم كل منها ٤٧ كروموزوماً وبين عدم وجود تلك الزيادة في بعض الخلايا الأخرى حيث تصم كل من هذه الخلايا ٤٦ كروموزوماً أي أنهم يجمعون بسلت بين وجود شوك كروموسومي في بعض خلاياهم وعدم وجوده في خلايا أخرى لديهم. وكما نوضح من قبل فإن السبب الذي يؤدي إلى هذا الخطأ الكروموسومي أو دلت الانقسام العشاد للخلايا لا يزال غير معروف حتى وقتنا الراهن.

Be 88 88 88 88 88 88 88 88

88 88 88 88 88 88 88 88

88 88 88



88 88 88 88 88 88 88 88

شكل ( ٤ - ٢ ) خصائص نواة

خلية لطفل ذكر تتضمن شوك كروموزوم

ومع أن البعض يرى أن هناك عوامل أخرى يمكن أن تؤدي إلى حدوث هذه المتلازمة فإن الدراسات التي تم إجرائها في هذا الخصوص لم تكشف عن وجود ارتباط من أي نوع بين هذه المتلازمة وأى عوامل أخرى وهو الأمر الذى يؤكد على بدء السبب الرئيسى لها متعلقاً بـ ذلك الانقسام الشاذ أو الخاطئ للخلايا. ونشير روحنا هولدمان (Holdeman, R. ١٩٩٧) إلى أن الكروموزومات تعد بمثابة أجزاء من جسم الخلية تعمل لنقل المادة الجينية (أو ما يعرف بالحامض النووي DNA) أو اجندات وتنقلها من الأجداد والآباء إلى الأبناء والأجيال التالية. ويعمل الحامض النووى الذى تضمه الكروموزومات على تحديد تلك السمات التى يرثها الفرد من أبويه مثل فصيلة الدم، ولون الشعر وطبيعته، ولون العين، ولون البشرة، وغير ذلك من السمات المختلفة التى تنحصر أيضاً استناداً للإصابة بأمراض معينة. أما إذا كان هناك خلل أو شذوذ في الكروموزومات فإنه يتصل من الآباء إلى الأبناء، ويصبح من شأنه أن يؤدي إلى حدوث تغير في بعض العمليات الجسمية أو الأدائية الوظيفية الخلقة وهو لأمر الذى قد لا يتم اكتشافه بسهولة، أو الذى قد يؤدي إلى حدوث بعض الأمراض الخفية أو الوراثية المختلفة مثل تليف الدم الوراثي hemophilia أو غليظ شدة cystic fibrosis أو مرض توريت Tourette أو متلازمة فونر، وإذا ما عرفنا أن العلماء يرون أن الكروموزوم رقم ٢١ يتضمن حوالى ٨٠٠ جيناً، وأنه يؤدي إلى ظهور سمات معينة لدى الفرد يزداد عددها عن خمسين مرة يتعرض لها مصاحب متلازمة داون، إلا أننا لا يجب أن تظهر جميعها بالضرورة لدى كل فرد لكن يمكن أن يصهر طبيعتها لديه، فإن الأمر قد لا يبدو غريباً أن يجد كل هذا الكم من السمات التى تميز الفرد من ذوى متلازمة داون وهو الأمر الذى يتطلب جهداً عارفاً حتى تتمكن من إحداث أى تغييرات فيها تؤدي في النهاية إلى تعديل سلوكه، وتثبت فهناك محاولات في برنامج الميوسم البشرى human genome لتحديد أى من هذه الجينات هو المسئول عن ذلك حتى يتم التدخل الجيى المناسب في سبيل الوصول إلى نتائج أفضل في هذا الصدد.

## الخصائص المميزة لنوى متلازمة داون

هناك العديد من السمات التي تميز هذه المتلازمة عن غيرها والتي قد تصل في عددها من وجهة نظر العديد من العلماء كما يرى تشلعلك وهيسكيت (٢٠٠٠) Chapman&Hesketh إلى أكثر من خمسين سمة، ومع ذلك فإن مثل هذا العدد الضخم من السمات لا يجب أن يوجد بالضرورة لدى كل أولئك الأفراد الذين يعانون من هذه المتلازمة، كذلك فإن تلك السمات قد لا تكون بدرجة من الوضوح يمكننا من اكتشاف الحالة عند الميلاد. وعلى الرغم من ذلك فإن بعض هذه السمات تعد هي الأكثر وضوحاً والأكثر شيوعاً بين أولئك الأفراد. ويمكن تدوين مثل هذه السمات أو لأخرى (إن جاز التعبير) كما يلي:

### أولاً: السمات الجسمية العامة:

توجد سمات جسمية عديدة تتعلق بالقامة، والمفاصل، والرقبة، والصدر، والبطن، والسرعير، والرحلين، والوزن غير ذوى متلازمة داون يمكن أن نعرض إلى كما يلي:

#### (١) قصر القامة:

بعد ولادة من ذوى متلازمة داون أقصر في الطول من أقرانهم الذين لا يعانون من تلك المتلازمة حيث يتراوح مدى ارتفاع قامتهم بين القصير جداً إلى فوق المتوسط. ويكون طول الذكور أقل من للمعدل الطبيعي بشكل واضح حتى سن العاشرة من أعمارهم، أما بعد هذا السن فيبدأ طولهم في التزايد ولكنه مع ذلك يظل أقل من المعدل الطبيعي. بينما يكون طول الإناث قريباً من المتوسط حتى السابعة من أعمارهم، ثم يبدو الفرق واضحاً بعد ذلك بينهن وبين قرينتهن العاديات.

#### (٢) ضعف العضلات وانخفاضها: hypotonia

يتسم هؤلاء الأفراد بضعف عضلاتهم وانخفاضها، ولا يقتصر ذلك على موضع معين من أجسامهم دون سواه بل إن مثل هذا الضعف يمتد ليشمل جميع عضلات الجسم

دون استثناء ، ويتراوح ضعف عضلاتهم بين المستوى المتوسط إلى المستوى الشديد ، وإن كانت قوة تلك العضلات قد تتحسن مع الزيادة في أعمارهم ، وحديث بالذكر أن هذا التضعف في العضلات بالنسبة لهؤلاء الأطفال يؤدي إلى ما يلي

- أن ضعف العضلات التي تسيطر على الهيكل العظمي أو تتحكم فيه يؤدي إلى تأخر في معدل نمو الطفل الحركي كالانقلاب من البطن إلى الظهر أو العكس ، والجلوس ، والوقوف ، والمشي ، وبالتالي فإن إيجادهم مثل هذه المهام تأخر عن أقرانهم العاديين ، ولذلك فهم يحتاجون إلى الكثير من التدريب والتشجيع حتى يقوموا بذلك .

- أن ضعف عضلات أمتاعهم يجعل العضلات تتحرك خلالها ببطء مما يؤدي إلى إصابتهم بالإمساك بشكل مستمر .

- أن ضعف عضلات الفك لا تساعدهم على تناول الطعام الصلب ، كما أنه كذلك لا تساعدهم على المضغ مما قد يعوق عملية تناولهم للطعام بشكل طبيعي واستفادتهم منه .

### ( ٣ ) قصر الرقبة وعرضها :

تكون ، هذه هؤلاء الأفراد قصيرة وعريضة ، كما تكون غليظة بشكل مفرط ، وكذلك الحال بالنسبة للجلد الرقبة الذي يكون سميكاً ، وإن كان سمكه هذا يقل مع الزيادة في العمر . كما أن غليظة رقبتهم وضعف عضلاتهم قد يعرض عظم الرقبة للميلخ في كثير من الأحيان .

### ( ٤ ) قصر الذراعين والرجلين :

يتسم هؤلاء الأفراد بأذرعهم القصيرة قياساً بالحدع الذي يكون قصيراً هو الآخر ، وراحة أيديهم المربضة مع وجود خط واحد single crease فقط في راحة اليد ، ويكون هذا الخط مستعرضاً transverse أو قديماً simian . كما قد تكون أرجلهم



قصير، وعريضة، وأكتافهم عريضة مع وجود مسافة كبيرة بين الإصبع الكبير في المقدم والإصبع الذي يليه. ويؤدي ذلك إلى تأخر واضح في تطور مهاراتهم حركية سواء الكبيرة أو الصغيرة نظراً لأن هذا القصر في الذراعين والرجلين لا يساعدهم على القيام بحركات اللازمة لذلك في موعدها العادي.

( ٥ ) قصص صدرى rib cage غير عادية في شكله :

يكون القفص الصدري لديهم أقل من الطبيعي من ناحية حجمه أو بتحديد طوله وذلك بشكل واضح وغريب، وربما يمتد ذلك إلى حد كبير بقصر طولهم الذي أشرنا إليه سابقاً إذ أن نسب أعضائهم الجسم لا بد أن تتأثر بذلك القصر في الطول.

( ٦ ) بروز البطن :

من الخصائص التي تميز هؤلاء الأفراد بروز البطن حتى عندما يكونوا سائحين، وقد يرجع ذلك إلى ضعف عضلات الجسم عامة وعضلات البطن على وجه الخصوص لأنها هي التي تؤدي إلى ذلك الوضع.

( ٧ ) زيادة الوزن :

من ملاحظ أن هناك زيادة في الوزن من جانب هؤلاء الأطفال مما يؤثر سلباً عليهم دون شك نظراً لضعف عضلاتهم، ووجود مشكلات في عظامهم ومفاصلهم أيضاً. ولا أب ودد شغلهم مع ذلك عند الولادة يكون أقل من معدل الطبيعي، ويستمر على ذلك خلال مرحلة الطفولة نظراً لتلك المشكلات التي تعوق عملية تدعيم لطعام واستفادتهم منه. ويبدأ وزن الذكور في التزايد بشكل أكثر من الإناث بداية من سن ثمانية عشرة، أما الإناث فتظل أوزانهن في المستوى المتوسط حتى سن التاسعة، ثم تبدأ في التزايد الواضح بعد ذلك.

ثانياً : السمات المتعلقة بالوجه :

هناك العديد من السمات التي تميز وجه أولئك الأفراد من ناحية لأذن، ولحم، واللسان، والأنف، والعين وذلك كما يلي :

## ( ١ ) الأذن

تعتبر أذن هؤلاء الأفراد بصغر حجمها من ناحية، وانخفاضها عن موضعها الطبيعي الذي توجد فيه لدى الأفراد العاديين من ناحية أخرى، وشكلها غير العادي من ناحية ثالثة وهو الأمر الذي يجعلها شقاً أو صفة تميزهم دون سواهم . كما تتسم قناة الأذن بدهم بقصر طولها عن المعتدل العادي وهو الأمر الذي يعوق استخدام أى أساليب أو أدوات لفحص أذانهم مع أنهم يحتاجون كثيراً إلى ذلك نظراً لتكون سائل في الأذن الوسطى لديهم وهو ما يتطلب القيام بتصريفه بشكل مستمر .

## ( ٢ ) الشكل الغريب للجم واللسان :

يرجع تفرد غير طبيعي بجم هؤلاء الأفراد من أعلى، ويكون الخلس أو سقف الجم صلباً ويوجد به انحدار إلى أسفل، كما أن بعضهم يفتقر على قمة مفتوحة معظم الوقت . يتميز بسننه منة مشكل غير عادي، كما قد يسيل لعابه أيضاً . ومع ذلك يمكن عيبتهم أنه يقرأ على لسانهم في فهم بحيث لا يتصل به على ذلك النحو . ويؤدي مثل هذا الشكل الغريب لجمهم وأسنانهم إلى تأخر واضح في نطقهم للكلمات، وفي حدوث اضطرابات عديدة للنطق والكلام من جانبهم، كما يكون كلامهم سطوياً بصورة في غالبته .

## ( ٣ ) الأنف المسطح :

يتميز أنف الطفل من ذوي متلازمة داون بأنه يكون مسطحاً أى أنفطس، وإن حسب ذلك فإن الجزء من الأنف الذي يوجد بين العينين يكون مشرقاً . كما تكون فتحت الأنف ضيقتين من الداخل مما يؤثر في نطقهم للغة من ناحية، ويؤدي بهم إلى جانب ذلك لمعدي من مشكلات التنفس من ناحية أخرى .

## ( ٤ ) العين :

غالباً ما توجد بقع في قرنية العين iris بالنسبة لهؤلاء الأفراد، وإن كانت تلك البقع مع ذلك لا تسبب لهم أى مشكلات في الإبصار . ومع ذلك فإن نسبة كبيرة

مهم يعانون ولديهم مشكلات في الإبصار وغالباً ما تتمثل في وجود مياه البيضاء  
الوراثية لديهم والتي يمكن أن لم يتم علاجها مبكراً أن تؤدي بهم إلى فقد بصرهم .  
( ٥ ) الأسنان :

عادة ما يكون شكل أسنانهم غير عادي، كما يوجد انحناء أو انثناء في أسنانهم  
وغالباً ما يتعرض مثل هؤلاء الأطفال لتأخر في ظهور أسنانهم ونموها، ومع ذلك فإنها  
من ناحية شكلها تكون عقلاء crooked أى تشبه الخطاف مما يجعلها تبدو غريبة في  
الشكل . وقد يكون لكل هذا الشكل الغريب لأسنانهم دور كبير في حدوث  
اضطرابات اللغز والكلام من جانبهم .  
ثالثاً : بعض الحالات الصحية الخاصة :

يتعرض لأفراد من ذوي هذه المتلازمة للعديد من المشكلات الصحية والاضطرابات  
والأمراض المختلفة التي قد لا تترك جرحاً واحداً من أجسامهم دون أن نعروا ، وأى  
تعرضهم بتاتى للعديد من المخاطر وذلك كما يلي :

١ - كل الأفراد من ذوي متلازمة داون لديهم درجة من التخلف عقلي،  
وعالياً ما تتراوح بين التخلف العقلي البسيط والمتوسط فقط ، وسراً جداً  
ما يلاحظ وجود حالات تخلف عقلي شديد بينهم .

٢- يتعرض غالبيتهم للعديد من الأمراض كأمراض القلب، واضطراب نفاذ  
الدرقية أو القصور الدرقي، وأمراض العيون .

٣- بدون أكثر عرضة للمشكلات الصحية وذلك فيما يتعلق بجهازهم  
التنفسي، ومشكلات السمع، ومشكلات الأسنان .

رابعاً : حالات أخرى ذات أعراض مماثلة :

كما لا شك فيه أنه نادراً جداً ما يحدث خطأ في تشخيص ذوي متلازمة داون بغير  
لسمانهم الجسمانية للمحفوظة والمميزة لمعظم الحالات، وبالتالي فإنه قد لا يحدث لبس أو

تداحس في تشخيصها مع حالات صعبة أخرى. إلا أن النمط العيسيمسائي هو متصاعف التركيب mosaic من هذه المتلازمة قد يصاحبه حدوث بعض هذا من ومن ثم قد يحدث خطأ في تشخيصه، وقد يتم النظر إليه حينئذ على أنه أحد ثلاثة اضطرابات أخرى تتمثل فيما يلي :

- مرض وراثي ،

- تخلف عقلي ،

- اضطراب أو إعاقة سمائية .

**خامساً : الخصائص السمائية المختلفة :**

هناك العديد من الخصائص التي غير الجواب السمائية المختلفة لأولئك الأطفال و حتى يجعل منهم فئة مميزة عن غيرهم من الأطفال أو الأفراد عامة سواء العائدين أو حتى أقرانهم من الفئات الأخرى للإعاقة . وتتخلص هذه الخصائص فيما يلي .

( ١ ) الناحية الانفعالية :

يتميز هؤلاء الأطفال من الناحية الانفعالية بما يلي :

- ١ - غالباً ما يبدو الطفل مبهماً ومرحاً .
- ٢ - يتسم الطفل بأنه يكون ودوداً وطيباً وسهل للعاشرة .
- ٣ - لا يكون الطفل قادراً على أن يقوم بالسيطرة على انفعالاته أو ضبطها .
- ٤ - لا يستطيع أن يأتي بالانفعال المناسب في الوقت المناسب .
- ٥ - لا تتسم انفعالاته بالثبات وغالباً ما تكون متقلبة .
- ٦ - يفتقر إلى الشعور بالأسى والطمأنينة .
- ٧ - ليس من السهل استثارته .

٨- عندما يبكي الطفل يكون بكائه صرخاً ويستمر لفترة قصيرة بعد وقد يرجع ذلك إلى ضعف عضلاته.

٩- يتسم بالهدوء، كما يكون بكائه هادئاً وبصوت منخفض.

١٠- يبدى ميلاً وحباً للموسيقى.

١١- تكون ردود فعله للمشكلات المختلفة أضعف من المعتاد.

١٢- تتنوع شخصياتهم ومراجعهم يتنوع البيئة التي يعيشون فيها، وهردهم الاقتصادية والأسرية، وغيرها وهو ما يعنى عدم وجود نمط واحد لشخصياتهم ومراجعهم.

١٣- قدرتهم على مقاومة الإحباط ضعيفة، وقد تتطور لديهم بعض الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية من جراء ذلك.

١٤- قد يبدى بعض المراهقين العناد نتيجة لعدم إشراكهم في المشاغل المختلفة.

١٥- قد يظهر بعضهم سلوكاً عدوانياً إلى جانب الانتفاعية، وسرعة الهيج.

١٦- غالباً ما يبدون للتعاون بشكل عام.

١٧- يبدى الكبار منهم وديعين، وتسهل السيطرة عليهم.

١٨- يفتقدون الثقة بالنفس، وال ثقة في قدرتهم على الأداء.

( ٢ ) السلبية الاجتماعية :

تتميز أرونتك الأطفال من السلبية الاجتماعية بما يلى :

١- يحيل الطفل إلى التعلق بالآخرين.

٢- يحيل الطفل إلى الاجتماعية.

٣- بمنوره أن يقوم بتطوير بعض العلاقات الحميمة مع الآخرين.

٤ - قد حل في بعض الأحيان إلى الانسحاب من الرفض والتعاملات الاجتماعية.

٥ - بعد الطفل أكثر عرضة لمشكلات السلوك قياساً بأقرانه العاديين.

٦ - قد يتعرض لبعض الإعاقات النمائية وهو ما يؤثر على مسوكة وعلاقته بالآخرين.

٧ - يعاني قصوراً في كفايته الاجتماعية.

٨ - لا يهتم لما يدور حوله من أحداث وخبرات.

٩ - يعجز عن تحقيق التكيف مع تلك البيئة التي يعيش فيها.

١٠ - لا يشعر بالولاء للجماعة.

١١ - غير قادر على حمل عادات المجتمع وتقاليدته لأنه لا يشعر بأهمية جماعته

١٢ - يعاني من القصور في مهاراته الاجتماعية.

١٣ - يعاني قصوراً مماثلاً في قدرته على التواصل مع الآخرين.

١٤ - غير قادر على تحقيق التوافق الاجتماعي.

١٥ - يتصرف بشكل جدد مع الآخرين الذين يعاملونه معاملة حسنة.

( ٣ ) الناحية العقلية :

يشتم هؤلاء الأطفال من الناحية العقلية المعرفية بما يلي :

١ - غالباً ما يكونوا في فئة التخلف العقلي البسيط أو المتوسط فقط.

٢ - نادراً جداً ما يلاحظ وجود أحدهم في فئة التخلف العقلي الشديد.

٣ - قد لا تختلف مهارات بعضهم في القراءة عن الأطفال العاديين عسى الرغم من أنهم قد يعانون من عدم إتقان اللغة المنطوقة.

٤- عندما يقرؤون تشعر أن مستواهم في القراءة قد يوازي قراءه عمود لعمده  
أجنبية ثانية.

٥- قد لا يتجاوزون المرحلة الحس حركية في نحوهم المعرفي وذلك فيما يتعلق  
بالمفاهيم.

٦- يحدون صعوبة في إدراك تنابع الحركات.

٧- هناك قصور واضح في أزمة الرجوع لديهم.

٨- يتعرضون لبعض صعوبات التعلم التي تتراوح في شدتها بين البسيط  
والشديد.

٩- مدى انتمائهم للمثريات المختلفة يكون قصواً.

١٠- ليس من السهل جذب انتباههم لشيء معين.

١١- يكونوا فضوليين إلى حد ما.

١٢- ذاكرتهم محدودة، ويعانون من صعوبة في الذكر، ويحتاجون إلى تذكير.

١٣- يحتاجون إلى التعريب لتعلم المفاهيم المختلفة كاللون أو تشكّل أو  
لانعام.

١٤- يحسون صعوبة في إدراك المفاهيم المجردة.

١٥- تؤثر الإعاقات السمعية التي قد يتعرضون لها في قدرتهم على التعلم.

١٦- يعانون صعوبة في فهم ما يتعلمونه على المواقف المماثلة أو المشابهة.

١٧- قد يعتمدون على الآخرين في تصريف أمورهم.

١٨- يعانون من قصور في إدراكهم للمثريات والمواقف المختلفة.

١٩- معدل التعلم من جانبهم بعد أخطاء من المعلم العادي.

- ٢٠- يعانون من نقص في قدرتهم على التعلم العرشي أى غير المقصود.
- ٢١- يوجد قصور لديهم في التعرف على التشابهات؛ وفي التعرف بين الموضوعات والمواقف المختلفة.
- ٢٢- يجدون صعوبة واضحة في القدرة على استغلال الخبرة والاستفادة منها.
- ٢٣- نعرضهم البصيرة والمعرفة وذلك فيما يتعلق باستنتاج وجود العمل المختصة التي تعد بمثابة تلبية راجعة في هذا الإطار.
- ٢٤- قد لا يتمكنون من استعمال العلامات أو الإرشادات في المواقف التعليمية.
- ٢٥- قدرتهم على التخيل والتصور ضعيفة.
- ٢٦- لا يستطيعون ملاحظة التعليمات التي تتضمنها المواقف المتداولة أو الاستعانة منها.
- ٢٧- يعانون من قصور واضح في قدرتهم الأكاديمية.

#### ( ٤ ) الناحية الحركية :

يسم هؤلاء الأطفال من الناحية الحركية بما يلي

- ١- يكون معدل نموهم الحركي عامة أبطأ من أقرانهم العاديين بسكن واضح
- ٢- يتأخر تطور مهاراتهم الحركية الكبيرة والدقيقة بشكل كبير.
- ٣- تكون حركات الطفل بعد ميلاده وخلال مرحلة المهد أبطأ بكثير من أقرانه العاديين.
- ٤- يكون منعكس القبض لديه ضعيفاً خلال تلك الفترة، كما أن ضعف التوتر العضلي من جانبته يعوق تطور القبض لديه.
- ٥- كثيراً ما يكون كذلك غير قادر على متابعة تلك الأشياء التي تمر أمام عينيه.



- ٦- يظهر كماً أو قدرأ كبيراً من الحمول.
- ٧- يمكنه التحكم في الرأس في النصف الثاني من العام الثاني من عمره تقريباً.
- ٨- لا يتمكن من الانقلاب من الظهر إلى البطن أو العكس حتى سن ١٤ شهراً تقريباً.
- ٩- يستطيع الجلوس قرب نهاية العام الثاني من عمره.
- ١٠- غالباً ما يبدأ في الزحف أو الحبو في سن عامين تقريباً.
- ١١- يتسم رحفه بالسرعة، وتكون رجلاه أثناء ذلك متباعدتين، وعادة ما تتجهان نحو الخارج، وعندما يرحف يكون ذلك إما على كوعيه أو على راحتي يديه.
- ١٢- يكون بكأؤه متعضباً في الغالب، وقد يرجع ذلك إلى ضعف عضلاته.
- ١٣- قد يجد بعض الصعوبة في الترتابة، كما تكون أنطاً من الطبيعي.
- ١٤- يمدى عدم أكرات بالألعاب المختلفة، ويمكنه بأخذ اللعبة وهره ثم يقوم برميها.
- ١٥- في مرحلة الطفولة المبكرة يمكنه أن يشرب سائلاً معبأً بواسطة المصاصة.
- ١٦- يتأخر الوقوف من جانبته حتى النصف الثاني من العام الثالث تقريباً.
- ١٧- قد يمشي الطفل في هذه الفترة بنهاية من سن ثلاث سنوات تقريباً.
- ١٨- يمكنهم أن يقوموا بتركيب بعض الألعاب الخشبية البسيطة.
- ١٩- بإمكانهم أن يقوموا أيضاً خلال هذه الفترة بوضع مكعبين فوق بعضهما البعض.
- ٢٠- يفضل مجموعهم أو تطورهم الحركي بعد هذا السن ببطئاً مع استمرار نقصور في مهاراتهم الحركية الكبيرة منها والنظيفة.

## ( ٥ ) اللغة والحديث :

يذهب هاسولد وباترسون (١٩٩٨) Hassold&Patterson إلى أن أهم السمات التي ينسب لها أولئك الأطفال في هذا الجانب تتمثل فيما يلي .

١- يتأخر نموهم اللغوي بشكل كبير عن أقرانهم العاديين في نفس عمرهم الزمعي .

٢- مفرداتهم اللغوية محدودة ولا تساهم في التعبير عن أنفسهم .

٣- قد يفهموا جانباً كبيراً من الحديث يطور ما يمكنهم أن يفهموا عنه .

٤- تراكيبهم اللغوية محدودة وغير صحيحة .

٥- يعمل للاستعانة من جانبهم بعد قصيرة على الرغم من دخول مصمم في محادثات طويلة مع الآخرين .

٦- يكون أخطاءاً شائعة من اضطرابات الكلام والنطق ومع ذلك فهم لا يختلفون عن غيرهم في هذا الخصوص وإن كانت تلك الاضطرابات تريد عنهم في العزل .

٧- يكون صورياً واضحاً في قدرتهم على التعبير اللغوي .

٨- يكون صعوبة كبيرة في استخدام اللغة التصيرية تفوق ما قد يحسره من صعوبة في فهم اللغة والحديث وهو ما يعنى أن مهارات اللغة التصيرية تعد أقل تطوراً لديهم من مهارات اللغة الاستقبالية من جانبهم .

٩- تعد جوانب معينة من اللغة كالمفردات اللغوية بالنسبة لهم أسهل من مجالات أخرى كالقواعد على سبيل المثال .

١٠- يتأخر تنابع الأصوات والكلمات أمراً صعباً بالنسبة للكثيرين منهم .

١١- توجد بعض الصعوبات لدى بعضهم تتعلق بوضوح اللغة واللفظ .

١٢ - أغلب الكلمات التي يطلقون بها تكون غير واضحة، كما أن أغلبهم يكون بالعمومياً.

١٣ - يعاني الكثيرون منهم من مشكلات انطلاقة اللغوية.

١٤ - بعض هؤلاء الأطفال لا يتعلمون السطق في حين نجد أن بعضهم الآخر يحب الكلام.

١٥ - لا توجد مشكلات معينة في اللغة والتخيل خاصة هؤلاء الأفراد كقصة دون سواهم حيث أن ما يصادفونه من مشكلات في هذا الجانب يواجهه غيرهم من الأطفال.

( ٦ ) الناحية الجنسية :

يسم هؤلاء الأطفال من الناحية الجنسية بما يلي

١ - تتطور السمات أو الخصائص الجنسية لدى أولئك الأطفال عادة في سن الثوقت تقريباً الذي تتطور فيه لدى الأطفال العاديين أو متأخرأ عنهم بعض الشيء وهو الأمر الذي يجعل والديهم أكثر انشغالاً بقدراتهم وقليهم الجنسية خلال مرحلة المراهقة.

٢ - قد يميل الواحد منهم إلى شعس آخر ويشعر بحوء بالحب كالأسياء تماماً.

٣ - يدرى المراهقون والراشدون منهم اهتماماً بالجنس الآخر في فترة المراهقة شأنهم في ذلك شأن أقرانهم العاديين.

٤ - ينش العصور الذكري لديهم في حجمه عن الطبيعي، وقد يتأخر رول الخصية من النكيس.

٥ - هناك نسبة كبيرة منهم وخاصة الذكور يعتبرون غير قادرين على الإنجاب إذ أنهم نظراً لما يتعرضون له من مشكلات وحلته بداية من تكريمهم الجنسي قد يتم صون للعقم أو لقلة عدد الحيوانات الموية وضعفها.

٦- الإنجاب التالي تعاقب من متلازمة داون لديهن القدرة على إنجاب الأسمان. ومع ذلك فإنهم يصلون مبكراً إلى سن اليأس menopause وذلك منذ بداية الأربعينيات من أعمارهن.

٧- الإنجاب القدرات على الإنجاب يكون حوالي نصف إلى ثلثي أباالهن طبيعين، أما النسبة الباقية فتكون مثلهن.

سندساً : معدلات النمو والتكاثر جوائبه :

تتباين جوائبه النمو المختلفة لديهم مع بعضها البعض، ويتأخر معدل نموهم في جوانبه المختلفة عن أقرانهم العاديين وذلك بدرجة كبيرة، وتعرض جوانب نموهم المختلفة لمشكلات عديدة ومباينة وتؤثر على بعضها البعض إذ يؤدي التأخر في جانب معين إلى التأخر في غيره من الجوانب. ويظهر بالذكر أن هذا الأمر يعد أمراً شائعاً لأن شخصية الإنسان بعد مئاة وحنة واحدة على الرغم من تأخرها من عدد من جوانب نمصع كلها للنمو؛ وتؤثر في بعضها البعض بطريقة أو بأخرى، وبالتالي في أي قصور في أي من هذه الجوانب لا بد وأن يؤثر بالضرورة في غيره من الجوانب. وما يحدث بالنسبة لثل هؤلاء الأطفال أو عيوهم إذ يترك تأخر معدل نموهم في أي جانب أثراً سلبياً على غيره. فمن ناحية نموهم اللغوي ونموهم الحركي على سبيل مشر يرى كلايوير (١٩٩٤) Kliever أنه من الملاحظ بالنسبة لهم أنهم يهتمون كثيراً من مهارات اللغة أكثر مما يمكنهم أن يعمروا به من خلال اللغة إذ قد تصل نسبتها إلى ثلاثة أضعاف، وهذا ما يمثل لغزاً محيراً للنطماء الذين يهتمون بهذا الجانب حيث إن ذلك يرتبط بكل من نمو للدكاء ونمو اللغة. وقد حاول البعض تار ذلك من خلال إدراك العلاقة بين إصدار الحديث والتتابع الحركي حيث يعتبر إصدار الحديث نابعاً بلقودة اللعوية التي تكون ذات مستوى ثنائي معين. ومن المعتقد من انعية بعرية أن سوى متلازمة داون لا يتقلوا فيما يتعلق بالمعاهيم أو الناحية الحركية من المرحلة الفرعية الخامسة في المرحلة الحس حركية عند بياجه Piaget والتي تعرف

برودود الفعل الدائرية الثلاثة tertiary circular reactions ويكرها الأطفال العديدين من سن ١٢ - ١٨ شهراً وذلك إلى المرحلة الفرعية السادسة والأخيرة والتي تعرف بعدية التفكير وهو الانتقال الذي يعد ضرورياً لسوء اللغة الرمزية لديهم، في حين يرى آخرون أنهم ينتقلون بسهولة إلى تلك المرحلة الفرعية السادسة من المرحلة الحس حركية في نموهم للعرق، ومع ذلك يظل من الأقل احتمالاً بالنسبة لهم أن يستخدموا مهارات الخاصة بتلك المرحلة الفرعية بشكل تلقائي إذ يكون على سبيل المثال من الأقل احتمالاً بالنسبة لهم أن يطقوا بتلك الكلمات التي تمثل جزءاً من غزولهم العوي وعسى ذلك يرى البعض أن الأطفال من ذوي هذه المتلازمة التي أجروا عيهم دراسات في هذا الصدد قد حصلوا على درجات متباينة في تلك المقاييس التي تستخدم في سبل تحديد المرحلة الفرعية من المرحلة الحس حركية التي يمررون بها، وهل هي الخامسة أم السادسة.

و حدير بالذكر أن النطق باللغة يتطلب مهارات حركية معقدة بلوحة كبيرة وذلك على العكس من تلك الفكرة التي ترى أن الفرق في الكلام المستخدم إنما يرجع إلى ذلك مستوى للعرق الذي يصل الفرد إليه، ولذلك يرى البعض أن اضطرابات النطق عند أولئك الأطفال إنما ترجع إلى ذلك القصور الذي يملونه في البرجة الحركية motor programming للكلام من جانبهم وهو الأمر الذي يؤدي إلى صعوبات مختلفة في التحرك خلال سق الكلام وخاصة عند تداعل أو ترابط الحركات السريعة المتسا والشميتين والعد وسقف الحلق مع اللفظ والتنفس، وتفسر حالة ارتخاء العضلات لدى هؤلاء الأطفال ما يواجهونه من صعوبات في الحركة، كما أن نقص توتر عضلاتهم في حالة الراحة يجعلهم يفضلون أنماط الحركة التي تتطلب بذل أقل قدر من الجهد والعاطفة، وهو الأمر الذي يمثل انعكاساً لتلك الجهد المطلوب للأداء وليس كسلاً من جانبهم.

وبما لا شك فيه أن مثل هذا الوضع يؤثر بطبيعة الحال على إصدارهم للأصوات حيث أن هذه الحالة يجعلهم يستجيبون لمستويات أقل من الإثارة وهو ما يجعلهم

يعطرون نمداً سلباً في التفاعل مع البيئة . ويؤدي مثل هذا النمط السلبي في التفاعل إلى جانب تلك المستويات الأقل من الإثارة إلى قصور واضح في الدافعية من جانبهم وهو ما يعكس سلباً على تواصلهم مع الآخرين لفظياً أو غير لفظي . وهذا يعني أن هناك تدرجاً بين تطور كل من الإثارة والدافعية والتواصل من جانب هؤلاء الأطفال ، وهو ما يعد بمثابة مدخل هام لفهم أوجه القصور النمائي الذي يرتبط بذلك للتأخر . ونظر صعوبة التواصل اللفظي بالنسبة لهم فقد يلجأ بعضهم إلى أنساب بدنية للتعبير عن أنفسهم كالأشعار والإيماءات ومع ذلك فهم يعتبرون أكثر بطلاً وأقل ثباتاً في استخدامهما قياساً بأقرانهم غير المعوقين ، ولذلك فإن هذا الأمر يتطلب تدريماً مكثفاً حتى يتم الاستفادة منه على الوجه المناسب .

وقد يجد هؤلاء الأطفال صعوبة كبيرة في تغيير حركة أجسامهم أو حتى في تغيير نمط الحركة التي تشهدها مثل هذه الإشارات التي تصدر عنهم ، أو حركة أصابعهم كما يحدث في الكتابة باستحلام لوحة المفاتيح مثلاً ، كذلك فقد لا يعط العديد من الباحثين وجود صعوبة من جانب أولئك الأطفال في استخدام المعلومات حسية مستحصنة لتعريف أوضاع حركة محددة الوقت وهو الأمر الذي يعكس وجود صعوبات تتعلق بحركة لديهم تمثل الأولى في التقييم بحركة معة في وقت محدد كالتقاء الكرة مثلاً ، بينما تمثل الأخرى في فهم نتائج الحركات . وإذا كان هؤلاء الأطفال لا يتجاوزون المرحلة المعرفية المتخلفة من المرحلة الأولى في النمو العقلي المعرف وذلك في بعض الجوانب فمن الطبيعي كما يرى عادل عبيد الله (١٩٩٢) أن يجدوا صعوبة في إدراك تدبع الحركات حيث أن الطفل العادي في مرحلة ما قبل العمليات يجد صعوبة في إدراك ذلك ، فما بالنا به وهو لا يزال في المرحلة الخمس حركية من ناحية ، ثم بالنا بصقل يعان من شكل ما من أشكال الإعاقة العقلية من ناحية أخرى ، وإلى جانب ذلك فإن المشكلة الأولى ترتبط برمن الرجوع reaction time وهو الوقت الذي يمكن فيه للعقل أن يفهم فكرة وأن يستجيب لها ويتفاعل معها ، وهو ما يمثل أحد جوانب التصور المعرفية لديهم . وبذلك نلاحظ أهم يعانون من قصور واضح في جانب

يعتلى معروف، ومن النادر جداً ألا يرتبط ذلك بالجناب الوراثي إذ أن الأمر يرميه  
يرجع إلى ذلك التشبؤ المبروموزومي الذي حدث منذ البداية، والذي أدى إلى  
حدوث قصور درقي يؤثر بشكل سلبي على أدقهم الرظهي العقلي.

وبطراً بصعوبات التواصل التي يواجهها هؤلاء الأطفال والتي تتمثل بشكل أساسي  
في قصورهم اللغوي أو حتى قصورهم في استخدام أساليب بديلة لتواصل تأتي  
الإشارات والإيماءات في مقدمتها فإن مهاراتهم الاجتماعية تتعرض هي الأخرى  
للقصور عسى الرغم من أنهم قد يمتدنون إلى الاجتماعية، وقد يرجع ذلك إلى ما تتعرض  
له مثل هذه المهارات من انعكاسات عظيمة تنتج عن القصور في جوانب أخرى، وهو  
الأمر الذي يجعلها لا تساهم في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وذلك عسى  
الرغم من أن بعضهم يكون قانراً على أن يبدى مظهراً بالآخرين، وأن يقيم علاقات  
جسدية مع الغير، إلا أن بعضهم الآخر يفصل مع ذلك الانسحاب من أهداف  
والاندفاع الاجتماعية المختلفة. ومع أنهم من الناحية الانفعالية يكونوا غير قادرين  
على السيطرة على انفعالاتهم، أو أن يأتوا بالانفعال المناسب في المواقف المناسبة، كما  
أن انفعالاتهم لا تسمح بالثبات بل إنها تعتبر متقلبة، وقد يرجع ذلك إلى حدوثهم منذ،  
وم يرتب عليها من انعكاسات، وما يرتبط بها من أوضاع ومشكلات صحية مسببة  
فيهم رغم ذلك يكون متجهين على الدوام وكأهم معاناة كما يكونوا ودوس  
وهين.

ومع كل ذلك هناك شبه اتفاق أو شبه إجماع بين العلماء والباحثين في هذا المجال  
كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٦) عني أن استخدام الرموز والظواهر المصورة سوء  
كانت تلك الصور للتصنئة ثابتة كما هو الحال بالنسبة لتلك الصور التي يتم عرضها  
عليهم واحدة فواحدة، أو كانت متحركة كما هو الحال بالنسبة لأفلام الكرتون التي  
تعرض عليهم تلفزيونياً أو الفيديو أو الكمبيوتر من شأنه أن يساعدهم بسرعة كبيرة  
على تعلم مستوى معجم اللغوي، وهو الأمر الذي يمكن أن يعكس إيجاباً على  
تواصلهم مع الآخرين، كما أنها إلى جانب ذلك يمكن أن تسهم في تسهيل التواصل مع

الأخرى من جانبهم. وإضافة إلى ذلك فإن ميسر التواصل ككفوة في حد ذاتها، واستخدام الأساليب البديلة للتواصل يمكن أن يساعد كثيراً في تنمية مهارات التواصل لدى الطفل، وبالتالي مساعدته على تحقيق التواصل مع الآخرين. ولا ينبغي عيب أو الرموز والكلمات المصورة يمكن أن تسهم بشكل فاعل في تنمية المهارات الشبكية التي تتعلم بمحاور النمو المختلفة للطفل وهو الأمر الذي يساعد كثيراً في إكسابه مثل هذه المهارات أو تميئتها، ولتعمل سلوكه، ولتحديد بدرجة كبيرة من مشكلات السلوك التي يعاني منها، كما تساعد أيضاً على تعلم السلوك الاستقلالي، وعلى تعلم التعامل الاجتماعي وما يتطلبه ذلك من مهارات مختلفة.

### الأمراض والمشكلات النفسية المرتبطة بمتلازمة داون

شالا، مجموعة من الأمراض كما تشير روبرتس (٢٠٠١) Roizen عدة ما ترتبط بمتلازمة داون ونسباً أولئك الأفراد الذين يعانون منها للدرجة أن بعضهم قد يظهر عنهم -في عند ميلادهم- وتشكل مثل هذه الأمراض عطلاً كبيراً عليهم، وعلى رعايهم، وعلى حائهم في حد ذاتها، كما تمثل إزعاجاً كبيراً لأسرهم. وسر هذه الأمراض والمشكلات الصحية ما يلي.

#### أولاً: الأمراض المرتبطة بمتلازمة داون:

نوجد أمراض متعددة ترتبط بهذه المتلازمة حيث تشير بين من يعانون منها، كما يزداد احتمال حدوثها بينهم وذلك بشكل يفرق ما عداهم من الأهل حتى من أقاربهم، وعقوى في حد ذاتهم، ومن أكثر هذه الأمراض شيوعاً بينهم ما يلي:

#### (١) أمراض القلب:

تعد أمراض القلب للمختلة أو المشكلات المرتبطة به من أكثر الأمراض التي يمرض لها هؤلاء الأطفال شيوعاً حيث أنها تصيب حوالي ٥٠% منهم عند ميلادهم، ويتطلب الأمر علاج مثل هذه الأمراض في وقت مبكر حتى لا تتطور لديهم، وقد تؤدي بحالهم.



## ( ٢ ) المشكلات المرتبطة بالغدة الدرقية : thyroid gland

هناك احتمال لتطور مثل هذه المشكلات التي تتعلق بالغدة الدرقية لدى أولئك الأطفال يصل إلى حوالي ١٥ % . وقد تكون تلك المشكلات موجودة لدى الطفل منذ ميلاده، إلا أن مثل هذا الأمر يعتبر نادراً حيث إن ذلك لا يحدث في الغالب إلا في مرحلة الصعولة المتأخرة من ناحية، أو مع فترة البلوغ ومرحلة المراهقة من ناحية أخرى .

## ( ٣ ) مشكلات الجهاز الهضمي :

نادراً ما ترتبط مشكلات الجهاز الهضمي بمشكلات تكوينية كعدم وجود الإثني عشر فيه مثلاً، إلا أن معظم هذه المشكلات التي ترتبط بالجهاز الهضمي ترجع في الغالب إلى انسداد الأمعاء وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث الإمساك، وفي واقع الأمر يرجع كلاهما أي انسداد الأمعاء والإمساك إلى ضعف العضلات . وإلى جانب ذلك فإن بعض هؤلاء الأطفال يعانون من أمراض في البطن وهو ما يتطلب أن يسيروا وفق نظام غذائي معين .

## ( ٤ ) مشكلات العينين :

يصل احتمال حدوث مثل هذه المشكلات من جانب أولئك الأطفال إلى حوالي ٦٠ % تقريباً، وعادة ما تتضمن تلك المشكلات انسداد القنوات الدمعية، والاستجماتيزم astigmatism والحول strabismus وقصر النظر، وطول النظر . كذلك فإن المياه البيضاء cataract توجد لدى البعض منهم، وقد تكون وراثية في بعض الحالات، كما أن بعضهم إلى جانب ذلك قد يعاني في بعض الأحيان من جحوظ العينين .

## ( ٥ ) مرض الزهايمر : alzheimer

من المعتاد أن هؤلاء الأفراد يعانون أكثر عرضة لهذا المرض من غيرهم من الأفراد حيث يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يصابوا به، لكن ليس من الضروري أن

بصاحب كل منهم بهذا المرض، بل قد تكون هناك أسباب أخرى نعمل في الغالب على ظهور أعراض شبيهة به كفقْد الذاكرة على سبيل المثال.

#### ( ٦ ) لوكيميا الأطفال :

وبعد هذا المرض من الأمراض المرتبطة بالدم والتي يكون من شأنها أن تعود بتأثير مسيبة على الطفل، إلا أن احتمال حدوثه من الأطفال من ذوى متلازمة دارن يش عن ١ % ، ويمكن هنا لا يمتزج مع ذلك النم في مآمن منه، بل إن الواقع يدل على لا يدع مجالاً للشك أنه من المحتمل بالنسبة لهم أن يصابوا به، وأن مثل هذه النسبة التي تشير احتمال حدوثه بينهم تعد رغم ذلك نسبة عالية قياساً بالتأثير من الأطفال الآخرين أو حتى من فئات الإصابة الأخرى.

#### ثانيًا : المشكلات الصحية للارتبطة بمتلازمة دارن :

يشير سميت (٢٠٠١) Smith إلى أنه بجانب تلك القائمة الطويلة من الأمراض من يمكن أن يتعرض لها الأطفال والأمراض عامة من ذوى متلازمة دارن هناك عددا من مشكلات الصحية التي يمكن أن يتعرضوا لها والتي يحتمل بالنسبة لها أن تؤدي إلى أمراض أو مشكلات أكثر تطوراً. ومن هذه للمشكلات ما يلي :

#### ( ١ ) علوى الجهاز التنفسي :

تعد مثل هذه العلوى شائعة بين هؤلاء الأطفال وذلك بسبب لتكوين الشد جدارهم التنفسي حيث تكون أنوفهم ضيقة من الداخل مما يجعل الممرات الهوائية ضيقة أيضاً، ويمكن أن يؤدي هذا الوضع كذلك إلى تكون سائل ثابت في لأدب الوسطى وهو الأمر الذي يتطلب التدخل المستمر منه حتى لا يؤدي إلى حدوث مشكلات بالأذن أكثر تطوراً، كذلك فإن هناك قصوراً في جهازهم للتداعي immune system وهو الأمر الذي يعرضهم إلى الإصابة المتكررة بالعدوى الفيروسية، وتعتبر مثل هذه للمشكلات هي المسببة عن العديد من حالات الوفاة خلال طفولة هؤلاء الأفراد وخاصة في السنوات الأولى من حياتهم.

## ( ٢ ) مشكلات السمع :

يرث بعض هؤلاء الأطفال وهم يعانون من تلف في العصب السمعي مما يؤدي إلى فقدانهم للسمع . كما أنهم يعانون أكثر عرضة لتلك العدوى التي تصيب آذانهم ، والتي تكون سائل في الأذن الوسطى وذلك بشكل مستمر تقريباً ، ويبلغ احتمال حدوث فقد السمع من جانبهم حوالي ٧٥ ٪ تقريباً ، أما بالنسبة لعدوى الأذن و لإصابتها من احتمال حدوثها بهم يتراوح بين ٥٠ - ٧٠ ٪ على وجه التقريب ، وعندما يتعرض أولئك الأطفال لضغط السمع أو فقدانهم له فإن هذا الأمر من شأنه أن يؤدي إلى تأخر نموهم اللغوي الذي يعد في حد ذاته متأخراً دون أن يتعرضوا لأي من ضعف السمع أو فقدانه .

## ( ٣ ) مشكلات الأسنان :

يختلف التكوين القمي الذي يتخصص الأسنان لدى هؤلاء الأطفال عن أقرانهم العاديين . كما يختلف شكل أسنانهم كذلك وهو ما أوصى به في حديث عن اختصاصي السمعية لهم ، وإلى جانب ذلك توجد فراغات كبيرة بين أسنانهم ، وهو ما يجعلهم يتخلعون عن أقرانهم أيضاً ، وإضافة إلى ذلك فإنهم بحاجة في مرحلة النمو وما بعدها يعانون عرضة لتلك الأمراض التي تصيب الأنسجة المحيطة بأسنانهم .

## ( ٤ ) التشنجات : seizures

تعتبر التشنجات أمراً شائعاً بالنسبة لهؤلاء الأطفال قياًماً بأقرانهم العاديين في مثل عمرهم الزمني ، ومع ذلك فإن السبب الذي يؤدي إلى حدوث تلك التشنجات لا يزال غير معروف حتى الوقت الراهن . ومن أكثر التشنجات شيوعاً بين أولئك الأطفال منذ مرحلة لمهد ما يعرف بالتشنجات الطفلية infantile spasms التي تحدث بعد ميلادهم بفترة ليست طويلة وتستمر معهم خلال تلك المرحلة وما بعدها ، إلا أن هذا النوع من التشنجات يقل مع الزيادة في أعمارهم .

## ( ٥ ) مشكلات التنفس :

عالمياً ، يعاني هؤلاء الأفراد من مشكلات تنفس عديدة لأسباب مرتبطة بمجهودهم التنفسي من الساحة التريكية بداية من مشكلات الأنف والحلق والصدر والقفص الصدري عامة وهو ما يعرضهم كذلك لمشكلات النوم المتعددة كالأرق، والنوم المتقطع على سبيل المثال حيث قد ينام البعض منهم لفترات قليلة متقطعة، ويتم لفترة محسوسة في كل مرة. ويضيف ليهانون وآخرون (Levanon et al. ١٩٩٩) أنهم كثيراً ما يتوقفون عن التنفس أثناء النوم مما قد يعرضهم للاختناق apnea وهو الأمر الذي يحتمل حدوثه بهم بسبب تصلب ما بين ٥٠ - ٧٥ % . كذلك فإن ضيق الحمرت ،هوائية لديهم، وصعف عضلاتهم، وكبر القور من جانبهم، وتضخم الحمة adenoids في أنوفهم قد يزيد من مشكلات التنفس بالسبب لهم

## ( ٦ ) مشكلات الوزن :

هناك العديد من هؤلاء الأطفال تزداد أوزانهم بسرعة واضحة وهو ما يعد أمراً شائعاً بهم على الرغم من تلك المخاطر الشديدة التي يمكن أن تترتب على ذلك، وبعد تساعد زيادة أوزانهم تلك مع محالهم للتصديع التي عرضتها منذ قليل على حدوث العديد من المشكلات الشائعة لهم والتي يعانون منها لفترات طويلة وقد تكون سبباً رئيسياً في حدوث انتكاسات صحية عديدة من جانبهم. ولذلك يسعى إلى تسريع العمل وفق برنامج غذائي معين، وأن يمارس بعض التمرينات الرياضية بشكل منتظم حتى يمكن أن يتجنب العديد من تلك المخاطر التي يمكن أن تترتب على زيادة الوزن مع ضعف عضلات الجسم بشكل عام.

## ( ٧ ) المشكلات المتعلقة بالنخاع الشوكي : spinal

يؤدي ضعف عضلات وأربطة الرقبة من جانب هؤلاء الأفراد إلى زيادة احتمال تعرضهم لمشكلات تتعلق بالنخاع الشوكي خاصة طلع أو ملخ العظمين لأرجلهم في الرقبة. ولذلك فإن بعض هؤلاء الأفراد الذين يطفون العشرييات من أعمارهم تكون

للعامل الوجودية في عظام الرقبة بالنسبة لهم غير ثابتة وهو الأمر الذي يعرّضهم لإصابات في رقابهم بشكل مستمر حيث يبلغ نسبة حدوث هذا الأمر بينهم ١٥ ٪ تقريباً، ومع ذلك فحادثاً ما يحدث إصابات خطيرة في الحبل الشوكي هم. كذلك فإنهم قد يتعرضوا لالتهاب للعامل في مرحلة المراهقة، ويكون ذلك الالتهاب شديداً بالنسبة لهم.

ولكن نرى أن هناك على الجانب الآخر اضطرابات حسية عديدة يتعرض لها هؤلاء الأفراد يمكن أن تؤثر عليهم بدرجة كبيرة، كما يمكن أن تؤثر إلى جانب ذلك على نموهم، وعلى شخصياتهم بوجه عام وهو الأمر الذي يمكن أن يصيب معتقدات جديدة إلى ثلاث المعتقدات للوجود بالفعل لديهم على أثر ما يتعرضون له من أمور حسية مختلفة أو مشكلات صحية متباعدة ذات أثر سلبي عليهم، وعلى تطور مهاراتهم لمجموعة. شكك عدم على الرغم من بساطة مثل هذه المهارات. كما أن مهاراتهم العربية تعرضهم إلى جانب ذلك بما لا يدع مجالاً للشك للعديد من المشكلات، والتي تجعل منهم على ما سب الاضطرابات تختلف عن غيرها حتى من فئات الإعاقات المختلفة وذلك بشكل واضح يجعل من التداخل حدثاً حاداً في تشخيصهم. ومن هذا المنطلق يمكن أن نعرض لتلك الاضطرابات على النحو التالي :

#### ( ١ ) اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط . ADHD

يضم هذا الاضطراب وفق ما يعرضه دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM- IV الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA ثلاثة اضطرابات مستقلة تشبه الاضطرابات التالية؛ اضطراب قصور الانتباه attention deficit واضطراب النشاط الحركي المفرط hyperactivity إلى جانب النمط المختلط mixed الذي يجمع بين الاضطرابين السابقين معاً، وندرج بالذكر أن أياً من هذه الاضطرابات يحدث بين هؤلاء الأعمار، بمس معدلات حدوثه بين الأطفال للتدخل عالياً، ومن ثم فإن

معدلات الانتشار بين العتير أى بين المتخفين عتلياً ودوى متلازمة دارون تعد فى واقع  
الأمر معدلات مرتفعة، كما أنها فى ذات الوقت تعد أعلى بشكل كبير من معدلات  
انتشارها بين أفرادهم العاديين.

## ( ٢ ) اضطراب التوحد : autism

من الواضح أن اضطراب التوحد يتشر بشكل كبير بين الأطفال والمراهقين من  
دوى متلازمة دارون حيث تبلغ نسبة انتشاره حوالى ١٠ ٪ تقريباً أو فى حدود هذا  
المعدن . ومن الجدير بالذكر أن كثيراً من تلك السلوكيات التى تصدر عن هؤلاء  
الأطفال والمراهقين إذا تنف فى جوهرها مع السمكات الخاصة باضطراب التوحد ون  
سمعت فى درجة حدتها وهو الأمر الذى يجعل الكثيرين يسيئون تشخيص هذا  
لاضطراب بين أولئك الأفراد إذ يعتقدون أن الأمر لا يعدو أن يكون كحدث حى  
يحدث انطاجاً فى النهاية ويرون أن الأمر مختلف . وسوف نتاول ذلك بالتفصيل فى  
الفصل الأخير من هذا الكتاب .

## ( ٣ ) اضطرابات القلق :

تضم اضطرابات القلق وفقاً لما عرضه الدليل التشخيصى DSM IV (١٩٩٤)   
عديد من الاضطرابات هى اضطراب القلق العام، واضطراب الملغ، والاضوف  
ارضية، والوساوس والأفعال القهرية، واضطراب انعصاب ما بعد الصدمة إلى جانب  
قلق الطفولة، وقلق الانفصال . ويعد اضطراب القلق العام، وقلق الطفولة، والأفعال  
القهرية هى الأكثر انتشاراً بين الأطفال والمراهقين من دوى متلازمة دارون حيث تنشر  
بسرعة كبيرة بينهم وإن كانت هناك صعوبات عديدة فى تشخيصها نظراً لأن الطفل  
يكون غير قادر على أن يستجيب لتلك الأسئلة التى تتعلق بمشاعره وإدراكاته وأنكاره.  
ومن أهم الأعراض التالية على ذلك ما يلى :

١- انخاض معدل المتابة بالذات من جانبهم .

٢- فقد تلك للمهارات التى يستعملونها لأداء أنشطة الحياة اليومية .

- ٣- فقد المهارات اللفظية التي يكونوا قد اكتسبوها.
- ٤- فقد المهارات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية من جانبهم.
- ٥- انزوى عن استخدام الأساليب البديلة للتواصل.
- ٦- الانسحاب، من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.
- ٧- فقد للمهارات اللازمة للعمل في مهنة معينة.
- ٨- انخفاض معدل أدائهم للأنشطة المختلفة.
- ٩- البطء الواضح في أداء الأنشطة قياساً بما كان الوضع عليه من قبل.
- ١٠- ظهور أعراض بارانوية عليهم.
- ١١- زيادة في معدل حديثهم لأنفسهم.
- ١٢- زيادة معدل سلوكهم العدواني سواء على الغير أو الممتلكات.
- ١٣- زيادة معدل إيذائهم للوالدين والإساءة إليها self abuse وذلك بشكل واضح.
- ١٤- حدوث تغيرات في أنماط النوم من جانبهم.
- ١٥- حدوث تغير في الوزن من جانبهم.
- ١٦- النسيان للتكرار والمستمرة.

### المحور الخامس: الفحوص الطبية اللازمة

من الضروري بالنسبة للأزواج والزوجات الذين يتحدرون من أسر لها تاريخ مرضي يتصل بمتلازمة داون أن يقوموا وفقاً لما تقره الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (٢٠١١) American Academy of Pediatrics بإجراء الفحوص الطبية الجينية وذلك قبل أن يهكروا في إنجاب الأطفال، كما يتطلب الأمر أيضاً حصولهم على الإرشاد الذي يتعلق بمثل هذا الأمر حيث يتم توضيح تلك الأمور من ناحية أو من ناحية

التي يمكن أن ترتب على ذلك، واحتمالات حدوثها، وما يمكنهم أن يقوموا به إنسك ويأتي في مقدمة ذلك بطبيعة الحال احتمالات حدوث متلازمة داون وإصابتهم لأطفال يعانون منها بناء على ذلك. وتتعدد الفحوص الطبية التي ترم لهذا الغرض حيث تتضمن مثل هذه الفحوص ما يتم أثناء الحمل إلى جانب ما يتم منها بعد الولادة إضافة إلى الاكتشاف المبكر لتلك الحالات التي تولد وهي تعاني من هذه المتلازمة. ويمكن أن يعرض لذلك كما يلي :

#### أولاً : الفحوص اللازمة أثناء الحمل :

تتضمن مثل هذه الفحوص نوعين أساسيين بعد الأول منهما بمثابة فحص فرز أو تصفية screening tests ويتم من خلالها التأكد من احتمال تعرض بعض هذه المتلازمة. بينما بعد النوع الثاني بمثابة فحوص تشخيصية diagnostic tests يتم التعرف من خلالها على حالة الجنين على وجه الدقة فيما يتعلق بتلك المتلازمة، وتحديد هل يصبح من يعانون منها أم لا. ويمكن أن تعرض لهذه الفحوص على النحو التالي :

#### ١- فحوص الفرز أو التصفية :

ويتم أثناء فترة الحمل فحص لدى الأم الحامل وذلك للكشف عن احتمال وجود متلازمة داون أو غيرها من الأمراض الجينية أو الوراثية الأخرى. وتتعدد مثل الفحوص بنسب ما يحدده الطبيب المختص، ونقسم ما يلي :

alpha-fetoprotein -

inhibin A -

human chorionic gonadotropin -

estriol

ومع ذلك فهناك جدول كبير يبين الأطباء حول موعد إجراء مثل هذه الفحوص ونوعها وذلك خلال فترة الحمل. ونشير بالذكر أن معدل اكتشاف متلازمة داون



من خلال اختبارات الدم أو النخاعية هذه يتراوح بين ٦٠ ٨٠ % تقريبا، ومع ذلك يبقى الأمر في حاجة إلى إجراء اختبارات أكثر دقة للتأكد من عدله بشكل دقيق.

## ٢- الفحوصات التشخيصية :

من الجدير بالذكر أنه إذا لم يكن الزوجان ينحدران من أسر لها تاريخ مرضي يتعلق بالأمراض الجينية أو الوراثية فإن فحوصات الدم أو النخاعية قد تكون كافية، أما إذا كان الأمر غير ذلك يصبح من الضروري إجراء الفحوصات التشخيصية التالية للأم الحامل :

### ( ١ ) الموجات فوق الصوتية للجنين : fetal ultrasound

ويتم منحرج إلى هنا الفحص للتأكد من طول العظام الكبيرة للجسم كالأضراس والوركين، وفكهما، ومقارنتهما بتلك للعايير العادية حيث تكون هذه العظام في حالة متلازمة داون أو صغر منها في الحالات العادية. كذلك فإن كثافة أو سمك العبد في رقبته ليس يتم فحصها أيضاً من خلال مقارنة المسافة بين عظام رقبته بالعايير العادية.

### ( ٢ ) فحص السائل المحيط بالجنين في الرحم : amniocentesis

بعد هذا الفحص ضرورياً إذا ما توفرت ظروف معينة تعتبر هي الأسس لدى بعضنا بحشى منها إذ أنها تساعد كثيراً في حلول هذه الحالة. وتشتمل هذه الظروف فيما يلي :

- ١- إذا كان عمر الأم الحامل يتجاوز ٣٥ عاماً.
- ٢- إذا كانت واحدة أو أكثر من نتائج فحص الدم الخاصة بالأم غير عادية.
- ٣- إذا كان لديها طفل آخر من ذوى متلازمة داون.
- ٤- إذا كان لديها هي شخصياً تاريخ أسرى لهذه الحالة.

١-أكد لا يكون لهذا الفحص أى عطر على الجنين حيث لا يحدث الإجهاد ولا  
١ % من الحالات تقريباً. ويعتبر هذا الفحص دقيقاً للغاية في التعرف على حمائل  
حدوث متلازمة داون إذ تصل دقته إلى حوالي ٩٩,٨ % تقريباً.

( ٣ ) لفحص عينة من الزغيب الذى يكسو المشيمة : chorionic villus  
sampling CVS

يمكن إجراء هذا الفحص في وقت مبكر عن فحص السائل المحيط بالجنين في  
الرحم، إلا أن خطوره تمثل في احتمال حدوث الإجهاد حيث تزداد نسبة ذلك  
الاحتمال نسبياً باحتمال حدوثه في حالة فحص السائل المحيط بالجنين في الرحم.

( ٤ ) فحوص أخرى :

١- لا شك فيه أن الطبيب المختص قد يوصى إذا ما وجد أن الحالة تستدعي ذلك  
حيث يحتمل نتائج الفحوص الأخرى يتوقع حدوث شذوذ كروموسومي، وأن يشير  
بالبلى سيكون من حوى متلازمة داون بإجراء عدد من الفحوص الأخرى كما يلي

١- فحص قلب الجنين باستخدام جهاز رسم القلب الذى يعتمد على

تسجيل نبضات القلب رياضياً fetal echocardiography .

٢- فحوص لجهازه الهضمي مستخدماً الموجات فوق الصوتية.

٣- إجراء فحوص أخرى بعد ميلاد الطفل سوف نتناولها في الفقرة التالية.

ثانياً : الفحوص اللازمة بعد الميلاد :

هناك مجموعة من الفحوص الأخرى التي يتم إجرائها للطفل بعد ميلاده وذات يد  
من تأكد الطبيب منذ قيامه بالفحوص السابقة أثناء فترة الحمل من حدوث خطأ أو  
شذوذ كروموسومي من شأنه أن يجعل من ذلك الجنين بعد ميلاده واحداً من أولئك  
الذين يعانون من متلازمة داون. ومن هذه الفحوص ما يلي :

## ( ١ ) فحص مجموع خصائص نواة الخلية : Karyotyping

يتم إجراء هذا الفحص بعد ميلاد الطفل وذلك للتأكد من ذلك التشخيص الذى يكون قد تم القيام به خلال فترة الحمل . وتظهر نتيجة الفحص على النحو الذى يوضحه الشكلان ١ ، ٢ حيث يوضح الشكل رقم ٢ على وجه التحديد خصائص نواة خلية حال وجود شذو كروموسومى فى الكروموسوم رقم ٢١ . وبذلك يتم التأكد بشكل قاطع وبما لا يدع أى مجال للشك من أن الطفل يعانى من متلازمة داون، وعلى هذا الأساس يتم اختيار أساليب التدخل المبكر التى سيتم بموجبها التعامل معه فى سبيل تحسين حالته بشكل عام .

## ( ٢ ) اختبارات سمع :

يتم إجراء اختبارات السمع بداية من ميلاد الطفل، أو بعد باواعة ثلاثة شهور من العمر وذلك للتأكد من مدى سلامة سمعه، والاكتشاف المبكر لأى مشكلة يمكن أن يتعرض للسمع مما حيث أن التركيب التشريحي للطفل من دوى متلازمة داون يؤدى به كك معظم إلى العديد من مشكلات السمع، وأن التدخل المبكر يعيد كثيراً في مثل هذه الحالة .

## ( ٣ ) فحص دم شامل :

ويتم التحرز إلى مثل هذا الفحص فى الأساس كى يتم التأكد من وجود التركيب leukemize حيث تعد من الأمراض الأكثر شيوعاً بين أولئك الأطفال وهو ما يمكن أن يعطى الفرصة للتدخل المبكر مما قد يعود بنتائج إيجابية على الطفل .

## ( ٤ ) فحوص خاصة بالقدرة اللغوية :

على الرغم من ندرة حدوث مشكلات تتعلق بالقدرة اللغوية عند ميلاد الطفل فإن مثل هذه المشكلات تتطور لديه بعد ذلك . ويتم التأكد من ذلك عن طريق فحوص سديم يتم إجرائها فى الأساس لهذا الغرض .

## ( ٥ ) فحص شامل للقلب :

وبعد من هذا الفحص ضرورياً حيث تنتشر أمراض القلب بين أولئك الأشخاص بشكل كبير، كما أن الكثيرين منهم يولفون وهم يعانون من مشكلات تتعلق بالقلب حيث تزوج سيئهم تقريباً بين ٤٠ - ٥٠ % . ومن أهم ما يتضمنه هذا الفحص ما يلي :

١- استخدام الأشعة السينية X ray لتقييم حجم القلب، وشكله .

٢- حمل تخطيط كهربى للقلب - electrocardiography

٣- تسجيل نبضات القلب بيانياً على جهاز رسم القلب - echocardiograph

## ثالثاً : الاكتشاف المبكر للحالة :

بعد الاكتشاف المبكر للحالة عاملاً هاماً وحاسماً بالنسبة لها حيث سم الدحل مبكر على أساس ذلك وفي صوته، وهو الأمر الذى يمكن أن يعود بالفائدة على الطفل إذ تتم رعايته مع العناية على أساس طبية سليمة مما يساعد بدرجة كبيرة في الحد من كثير من تلك المشكلات التى يمكن أن يتعرض لها، وقد يصل بعض هؤلاء الأمر - إلى عمس - وحتى الموت من أعمارهم نتيجة لتلك الرعاية المتسوعة التى يجسرى على أثر ذلك وهو ما أكدته دراسات عديدة في هذا المضمار . وجدير بالذكر أن لاكتشاف «بكر» بحالة يتطلب ضرورة توفر شرط أساسى يتمثل في إجراء الفحوص بالترمة أثناء عمل، كما أنه يتطلب من ناسية أخرى أن تتوفر ثلاثة عوامل أساسية في هذا «صيد» هى :

١- أن يكون عمر الأم الحامل عد تجاوز ٣٥ عاماً .

٢- أن يكون لديها هى أو زوجها تاريخ أسرى لهذه المتلازمة .

٣- أن يكون قد اتضح من الفحص الطبى لها قبل الحمل أن لها «مهما» يحمل ذلك البين الذى يتسمى إلى النمط الثانى من أنماط هذه المتلازمة

وهو السمط الذى يتم فيه انتقال جزء من الكروموزوم رقم ٢ من موضعه إلى كروموزوم آخر - translocation

### أساليب الرعاية

تعدد أساليب الرعاية التى يمكننا أن نقدمها لطلاب الأطفال أو الأفراد عامة الذين يعانون من متلازمة دارون ، ومن هنا المطلق يمكن لنا أن نقوم بذلك من خلال عدد من هاور المختلفة التى يمكن لكل منها أن يعيد بدرجة ما أو بقدر معين لكنه بلا شك يودى في ذات الوقت إلى حدوث بعض الإيجابيات التى تنعكس آثارها على الطفل، ومن ثم يعبر بطريقة أو بأخرى على الحد من تلك الآثار السلبية التى ترتب على هذه المتلازمة وهو ما يمكن أن يساعد في إكساب الطفل مهارة معينة، أو تنمية تلك المهارة إذا كانت موجودة لديه بدرجة معينة، أو تنميه على أداء غط سلوكى مرغوب، أو الحد من أدائه لسمط سلوكى آخر غير مرغوب، أو تعليمه مهارات السلوك الاستقلالى، أو مهارات السلوك التكيفى، أو مهارات الحياة اليومية وتدريبه عليها، أو تنميته في الوقت ذاته مهارات الاجتماعى أو مهارات التواصل اللغوى منها وعبر النمط و تربيته عليها فصحاً، وما إلى ذلك . ومن ناحية أخرى فإن بعض هذه الأمور قد يعزل دوب شدك على الاهتمام بصحته، ونمسين حاله الصحية، والحد من مشكلات الصحة التى يمكن أن يتعرض لها وهو الأمر الذى يساعد كثيراً في مجال «عهد الأخرى التى تبدل في أى جانب من الجوانب الأخرى أو وفق أى محور من تلك «هاور المتعددة التى تتضمنها أساليب الرعاية التى يتم تقديمها إليهم، وبالتالي فهى تسهم في تحقيق نتائج إيجابية في هذا الصدد . ويمكن أن نعرض لمثل هذه الأساليب في عدد من هاور على النحو التالى :

### أولاً : أساليب الوقاية :

من الجدير بالذكر أنه لا يمكننا حتى الوقت الراهن أن نجمع حدوث متلازمة دارون تحت أى ظروف، ولكننا مع ذلك نستطيع أن نقوم بمراقبة بعض العوامل ذات الأهمية في هذا الصدد نذكر منها على سبيل المثال ما يلي .

- ١- بفصل ألا تقبل السيدات على الحمل بعد الخامسة والثلاثين من أعمارهن
- ٢- أن يتم إجراء الفحوص الطبية اللازمة قبل الزواج للتأكد من عدم وجود احتمال حدوث خطأ أو شذوذ في انقسام الخلايا.
- ٣- أن يتم إجراء الفحوص الطبية اللازمة للأم اخلامل حتى تتأكد من سلامة جنينها.

- ٤- إذ اتضح من الفحوص الطبية أن هناك خطأ كروموزومياً قد حدث وأدى إلى متلازمة داون فإنه يجب على الأم أن تعمل على مراعاة بعض الإجراءات بعد ولادة طفلها، ومن هذه الإجراءات ما يلي :
- أن تقوم بإجراء الفحوص الطبية اللازمة له آنذاك .
- أن يحمله بعد ذلك بسرور وصفاً لنظام غذائي محدد .
- أن تجعله يمارس نوعاً من أنواع الرياضة بشكل منتظم .
- أن توفر له مسطاً كبيراً من الراحة يومياً .
- أن توفر له الرعاية العقلية المناسبة .

كذلك فإن هناك أنواعاً مختلفة من الوقاية يجب أن يتم توفيرها والاعتماد على ، وتمثل تلك الوقاية في كل من الوقاية الأولية، والثانوية، والثالثة كما يلي :

#### ( ١ ) الوقاية الأولية : primary

هي جهة الإجراءات التي تهدف إلى الحد من حدوث متلازمة داون قدر الإمكان وذلك من خلال مراعاة بعض الجوانب والعوامل أو التغيرات ذات الأهمية في هذا الإطار من جانب الزالدين وخاصة الأم وذلك من قبيل تلك العوامل التي عرضنا لها آنفاً ، من جانب نشر الوعي الصحي اللازم في هذا الصدد، والتصرف بهذه المتلازمة وما يترتب عليها من آثار سلبية على الطفل والأسرة والمجتمع بأسره، وإجراء الفحوص

العبء اللازمة لتألم الحامل، وتحسين مستوى الرعاية الصحية الأولية المقدمة، والاعتماد بالتطعيمات المختلفة في مواعيدها المحددة.

### ( ٢ ) الوقاية الثانوية : secondary

وهي جملة الإجراءات التي تهدف إلى منع تطور هذه الحالة إلى حالة عجز وراثي من خلال الكشف المبكر عنها من طريق إجراء الفحوص الطبية اللازمة على الأم الحامل سواء كانت فحوص فرز وتصفية أو فحوص تشخيصية إذا لزم الأمر، وإجراء الفحوص النفسية اللازمة للطفل مع ميلاده وما بعده، وتوفير الرعاية الطبية المناسبة في هذا السبب المبكر، والاهتمام بتحديد نظام غذائي مناسب، والنحوه في بعض التدخلات المبكرة سواء كانت نفسية أو اجتماعية إلى جانب التدخل العلاجي المبكر في هذه الحالات.

### ( ٣ ) الوقاية الثالثة : tertiary

وتعد بمثابة جملة الإجراءات التي تهدف إلى منع تفاقم حالة العجز وتطورها إلى حالة عجز وراثي من خلال تعزيز تلك القدرات الطبيعية لدى الفرد، والحد من عصف التأثيرات السلبية التي تترتب على العجز لديه . ويتم في سبيل ذلك السعء في تدخلات منظمة طبية، ونفسية، واجتماعية، ورياضية، وعملية تسهم بشكل فاعل في تنمية ما تبقى لديه من قدرات وتطويرها وتوجيهها بالشكل الذي يمكن أن يؤدي إلى حدوث انعكاسات إيجابية على الطفل وهو الأمر الذي أكدته دراسات عديدة وقد أكدت أن بعض هؤلاء الأفراد يعيشون حتى الخمسينيات وربما الستينيات من أعمارهم وهو ما م يكن يحدث من قبل إلا نادراً جداً.

### ثانياً : التدخل الأخرى :

تلعب الأسرة والوالدان على وجه الخصوص دوراً هاماً في سبيل مساعدة الطفل من ذوي متلازمة داون على استغلال ما تبقى لديه من قدرات وإمكانات وذلك إلى الحد

الأقصى. من ثم ينبغي أن تعمل الأسرة على مساعدة هذا الطفل في تطوير تلك القدرات والإمكانات وتنميتها وذلك من خلال ما يلي :

١- أن يكونا صبورين عند تعلم طفلتهما أثناء تلك المهارات المختلفة وتدريبه على هذا الأمر وذلك بداية من الأنشطة أو المهام الحركية التي يجب أن يقوم بها خلال العام الأول من حياته كالقلب من البطن إلى الظهر أو العكس إلى جانب الحبر، والفوف، والمشي على سبيل المثال.

٢- الاهتمام بالمحصى الطبي الدوري المنتظم للطفل حتى يتجنب بعض الأمراض والمشكلات الصحية المتعلقة التي قد تصبه من جراء حالته تلك، والتي يمكن أن تؤثر سلباً على معدل نموه، بل وعلى شخصيته ككل مع الأحاد في الاعتبار أن هذه للتلازمة ليست مرضاً أو اضطراباً يمكن أن يجد هناك علاجاً معيناً يؤدي إلى الشفاء منه، بل إنها في واقع الأمر معدومة حالة لا يحدث الشفاء منها.

٣- مساعدته على تعلم مهارات العناية بالذات وتدريبه على ذلك من وقت مبكر من حياته، وينبغي أن يمثل ذلك شكلاً من أشكال التدرج سيكر بحيث يتم خلاله تدريبه منذ هذا السن على تلك للمهارات اللازمة لتست

٤- إعطاء الطفل الفرصة كي يقوم بممارسة ما تعلمه بدمه مع تصحيح أخطائه أولاً بأول حتى لا يتركها على أنها جواب مما يترتب عليه بدل جهد مضاعف في سبيل تخليصه منها حينئذ واستغرق ذلك الوقت أطول.

٥- أن يصمى في اعتبارها أن هذا الطفل يمكنه أن يتعلم كمعظم من الأطفال، إلا أن ذلك يتطلب منه وقتاً أطول وجهداً أكثر مما يقوم به أقرانه العاديون، ولذلك فهو يتعلم بمعدل أبطأ منهم بكثير.

٦- يجب أن يتم تجنب عقاب الطفل على ما يقوم به من سلوكيات لا تتفق في التعامل مع ما يطلبه منه، بل عليهما أن يقوموا بتدعيم وتعزيز سلوكياته الإيجابية والتعامل ما قد يفسد عنه من سلوكيات غير مناسبة



٦- يسعى على الوالدين أن يوجها بتعليم الطفل تلك المهارات اللازمة كي يقوم بإتمام نفسه وأن يدرياه على ذلك حتى يصبح بإمكانه أن يؤديه بنفسه، بل ويمكنه أن يساعدها أيضاً في القيام ببعض المهارات التي تتعدى بعض كمعادداً للمائدة على سبيل المثال.

٨- يجب عليهما كذلك أن يدرياه على المهارات التي تدرسه كي يقوم بإتساء ملابس أو خلعها، بل إن عليهما أن يدرياه بشكل عام على مهارات حياة اليومية وهي تلك المهارات التي يمكن أن تؤدي به إلى الأداء السلوكي المستقل.

٩- العمل على سعة وتطوير مهاراته الاجتماعية سواء المهارات المعنوية أو مهارات غير اللفظية وهو الأمر الذي يساعد على تحقيق التواصل مع الآخرين لفظياً وغير لفظي وهو ما يمكنه على أثر ذلك من الاندماج.

٣-٤-٥

١٠- يجب أن يعمل الوالدان بالاشتراك مع أخصائيي تخاطب على الإسهام بشكل فعال في علاج اضطرابات النطق والكلام لطفلهما، وتتمتع مهاراته اللغوية لديه.

١١- يسعى على الوالدين إذا لم يكن طمعهما قادراً على استخدام اللغة بشكل مقبول في سبيل القيام بالتواصل اللفظي أن يعملوا على تعليمه استخدام أساليب بديلة للتواصل كالإشارات والإيماءات مثلاً، وأن يدرياه على استخدام الكمبيوتر لتحقيق نفس هذا الغرض.

١٢- إذا تمكن الوالدان من تعليم طمعهما استخدام الكمبيوتر فإن هذا من شأنه أن يساعدهما على تعليم العديد من المهارات المختلفة وتدريبه عليها حتى يتمكن من أداؤها بشكل مقبول كالمهارات الأكاديمية مثلاً، إلا أن ذلك لن يتضمن المهارات الاجتماعية.

١٣ يجب على الوالدين أن يعمسا مع طفلهما في أداء ما يقدم به من أنشطة ومهام مختلفة سواء كانت أكاديمية أو حياتية، وأن يديبا لهما كثيراً بما يؤديه منها، بل ويشتركان في ذلك. كما يجب عليهما في هذا إطار إذا كان الطفل قد تم إحققه بالمدرسة أن ينعسا معه في تعليمه المدرسي، وأن يقدموا له الدعم والتأييد اللازم لذلك، وأن يشجعاه على أداء الأنشطة الأكاديمية المختلفة.

١٤- يجب على الوالدين أن يقوموا بتشجيع الطفل على الاشتراك في الأنشطة المختلفة مع الأقران من خلال دعوتهم إلى المنزل أو خروج الطفل إليهم إذا لم يكن بالمدرسة، أو مع الأقران بالمدرسة إذا كان الطفل بعيداً عنها، وتشجيعه على إنشاء الاهتمام بهم، وإقامة علاقات اجتماعية مناسبة معهم.

١٥- على الوالدين أن يقوموا كذلك بتدريب الطفل على أن يأتي بسلوكيات الاجتماعية المقبولة في إطار بيئةهم الاجتماعية، وأن يعملوا جامعين في مسيل الحد من سلوكياته غير المقبولة اجتماعياً.

١٦ كذلك فإن عليهما مساعدته على تعلم المعايير الاجتماعية السائدة وتدريبه عليها، وتشجيعه على احترامها ومراعاتها والتعسك أو الانترام في سلوكياته، وعدم الخروج عليها قبل الإمكان.

### ثالثاً، البيئة للمدرسة:

يجب أن تعمل البيئة للمدرسة على إتباع العديد من الخطوات والإجراءات، وأن تقدم أبداً العديد من الخدمات على النحو التالي:

١- أن توفر ما يلزم من أدوات وإجراءات وخلافه حتى يتم دمج أولئك الأطفال مع أقرانهم غير للموقفين.

٢- أن يتم توفير المعلمين المؤهلين للتعامل معهم، وتعليمهم مهارات المطلوبة، وتدريبهم عليها وفقاً لإمكاناتهم وقدراتهم.

٣- نرّ عمل على تأهيل للطلاب الماديين لتقبلهم معهم في نفس المصروف وذلك من خلال تغيير اتجاهاتهم نحوهم حتى يتحركوا من مشركتهم والتفاعل معهم.

٤- أن يتم توفير خطة تعليم فردية Individual education plan IEP تراعى حاجات الاجتماعية والانفعالية للطفل وتقوم عليها، وتتضمن بعض التوصيات التي يمكن إتباعها مع الطفل حتى يمكن تعليمه بالشكل الأمثل بالنسبة له.

٥- أن تعمل على توفير غرفة مصادر مجهزة بكل ما يمكن أن يحتاجه الطفل إليه ويكون من شأنه أن يساعد كى يتعلم مما يسهل بالذات حدوث عملية التعلم تلك.

٦- أن توفر لهم الفرصة للاستكشاف واكتساب الخبرات نظرًا لأن معديهم من الوظائف للمانة التي تحملها عدد الطفل العادي لا تتوفر لدى هؤلاء الأطفال.

٧- أن توفر لهم الفرصة للاشتراك مع الآخرين، وأن تعد لهم للمشاركة في المجتمع.

٨- أن توفر لهم الدخائم الأساسية للحياة من خلال تنمية المهارات الأساسية، والقرارات الحسية، ومهارات العناية بالذات، والكفاءة اللغوية والاجتماعية.

#### رابعاً: المناهج الدراسية،

يشير ماتير (٢٠٠٢) Mattheis إلى أن تلك المناهج الدراسية التي يتم تقديمها لأطفال ذوي إعاقة يجب أن تعمل على تحقيق ما يلي :

١ - أن تتضمن بعض التغيرات أو التوليدات التي نجعلها تناسب مع قدرات مثل هؤلاء الأطفال وإمكاناتهم المحدودة.

٢- أن تتضمن أنشطة منهجية وأخرى لأمهية تلامس وضعهم، وتشجعهم على الاشتراك فيها مع أقرانهم، والعمل على أدائها.

٣- أن تتطلب حصول الطفل على خدمات خارج المص وفي إطار المدرسة كان يذهب إلى عرفة المصادر على سبيل المثال،

٤- أن تتضمن تلك المناهج أنشطة متنوعة من البيئة حتى توفر لهم الفرصة لتنمية مهاراتهم التي تتعلق بأداء مثل هذه الأنشطة.

٥- أن تتضمن هذه المناهج جانباً عملياً يساعد في الكشف عن فسرات وإمكانات هؤلاء الأطفال حتى نستطيع من تأهيلهم مهياً مما بعد وفقاً لذلك.

٦ - أن تتضمن ما يعمل على تنمية مهاراتهم الأكاديمية البسيطة كان فهم لهم بعض المشكلات البسيطة التي تتطلب منهم أن يجدوا حلاً مناسبة لها.

٧ - أن تشجعهم على الأداء الاستقلالي، وعلى تحقيق الاستقلالية في سلوكهم بوجه عام.

#### خامساً : الإجراءات والاستراتيجيات للتعبئة داخل الفصل :

هناك عدد من الإجراءات الموصى بها التي يجب أن يتم إتباعها داخل الفصل أو حسب عدد آخر من الاستراتيجيات التي يهيئ اللجوء إليها والاستفادة منها في الفصل وذلك في سبيل تحقيق الهدف من تعليم هؤلاء الأطفال في إطار المدرسة . ومن أهم هذه الإجراءات والاستراتيجيات التي يجب إتباعها ما يلي :

١ - أن يتأكد المعلم من انتباه الطفل إليه قبل أن يعطيه أي تعليمات ، كما يجب عليه أثناء إجراء المناقشات معهم أن يوجه إليهم بعض الأسئلة حتى يتأكد من فهمهم لما يقوله ويقدمه لهم.

٢ - أن يعمل على تقديم المساعدة المطلوبة لهم، وأن يعتمد بدرجة أكبر على التكرار في تقديم المعلومات حتى يأكد من فهمهم الجيد لها، كما يجب فيه أيضاً أن يستخدم التعبيرات الوجيهة المختلفة.

٣- أن يتم تشجيعهم على الاشتراك في الأنشطة اللاصفية extracurricular حتى ينمي الانتماء لديهم وبطوره.

٤- يسعى المعلم على تنمية وتطوير المفردات والتراكيب اللغوية للأطفال وذلك من خلال عدة خطوات كما يلي :

- تقديم المفردات اللغوية الجديدة قبل تدريس الوحدة أو الدرس الجديد.

- تكرار وتريد تلك المفردات

تشجيع الأطفال على وضعها في جمل بسيطة ذات معنى.

مراجعة التراكيب اللغوية عند وضع تلك المفردات في جمل

٥- محيد واجبات منزلية معينة يقوم بها الأطفال مع تدريسهم على كيفية أدائها حيث يجد أولئك الأطفال صعوبة كبيرة في ذلك إذ أنهم يعتقدون أن الاستقلالية في الأداء مما قد يحرمهم للإحباط، ولكن ذلك من شأنه عدم تدخل الوالدين معهم أو ينحى قدرتهم على السلوك الاجتماعي.

٦- أن يتم تقييم أداء هؤلاء الأطفال ومستوى تحصيلهم أو تقدمهم وذلك باستخدام اختبارات تحصيلية تتفق معهم مع مراعاة الحالة الصحية سظفن حيث قد يتعرض لاضطرابات صحية مستمرة وهو ما يمكن أن يعوقه عن الأداء الجيد.

٧- أن يتم التواصل المستمر مع الأسرة حتى يعلم الوالدان ما يمكن أن يقدماه لطفل من مساعدة في المنزل يتمكن على أثرها من إتمام واجباته المدرسية، وممارسة هواياته، واستذكار دروسه وهو ما يشجع عمل المدرسة ودورها.

٨ أن يتم تعليم مثل هؤلاء الأطفال في الصف الخامس وفقاً لمستوى وعصائمه، وقدرتهم، وإمكاناتهم، ومستوى سمعهم بحيث يتم في صوره ذلك التدريس لم فرادى أو في مجموعات صغيرة.

#### سادساً : برامج التدخلات العلاجية :

تختلف التدخلات العلاجية التي يتم إتباعها مع هؤلاء الأفراد من فرد إلى آخر وفقاً لسماته الفريدة، والأعراض التي تندر عليه، وعصائمه الجسمية الخاصة به. يحصل منها برامج خاصة مع أنها تشترك جميعها في إطارها العام، والبادئ التي تستند إليها، ويكس أهداف من أي تدخل علاجي أو أي برنامج من هذه البرامج يتم تقديمه للمتعلم في تعليمه الأداء السلوكي المستقل، وتدريبه عليه، وتوجيهه على ذلك. ويستهدف مثل هذه البرامج يتطلب وجود فريق متكامل يضم طبيباً، وأخصائى نفسي، وأخصائى تخاطب، وأخصائى تأهيل، والوالدين، والمعلم، وقد تتطلب بعض هذه البرامج 'أخصائى نعية'. ويجب أن تتضمن البرامج العلاجية التي يتم تقديمها لهؤلاء الأفراد عدد من العناصر الخاصة، أو قد يخصص بعضها في واحد أو أكثر من هذه العناصر، وتتضمن مثل هذه العناصر ما يلي :

- ١- إجراء الفحوص الطبية بشكل منتظم وذلك لتقييم معدل نمو الطفل وظهوره، والتعرف على إمكانية ظهور أى أمراض أو مشكلات صحية لديه، أو إصابته بها.
- ٢- علاج اضطرابات النطق والكلام وذلك لتنمية مهاراته على التواصل بشكل واضح وصحيح وأكثر فاعلية. كما أن تنمية مثل هذه المهارات لدى الطفل من شأنه أن يساعده على تحقيق الاستقلال المنشود.
- ٣- العلاج الحسي physical والتمرينات وذلك في سبيل تنمية مهاراته الحركية المختلفة بالشكل اللازم وهو ما قد يساعده إلى جانب ذلك على تحقيق التواصل سواء بطريقة لفظية أو غير لفظية.

٤ تقدم الإرشاد اللازم لأمر هؤلاء الأطفال فيما يتعلق ما عاينوا العدائي وهو الأمر الذي يحتاجون إليه بشدة وخاصة في السنوات لأدور من طفولة أبنائهم حيث يمكن أن يعاني أولئك الأفراد من مشكلات كثيرة تتعلق بالعديد من مثل هذه السبب، كما أنهم يحتاجون إلى ذلك بشدة أيضاً مع نمو هؤلاء الأبناء حيث تزداد أوزانهم بدرجة ملحوظة وهو الأمر الذي يتطلب تحديد نظام غذائي معين كي يسر عليه كل منهم وفقاً لظروفه.

٥ تقدم العلاج التأهيلي أو الوظيفي المناسب : occupational therapy تختلف برامج العلاج التأهيلي باختلاف المرحلة السنية التي يمر الفرد بها، ويبدأ استخدام مثل هذه البرامج منذ مرحلة المهد وحتى مرحلة الرشد وما بعدها. وتهدف في الأساس إلى تقديم الخدمات والتدريبات اللازمة التي تعد الفرد للتكيف مع كل مرحلة ناجية بمهامها ومتطلباتها المختلفة وهو الأمر الذي يساعده على تحقيق قدر معقول من التكيف مع بيئته المحيطة، وبالتالي تحقيق قدر مناسب من التوافق الاجتماعي.

٦ تقدم الإرشاد والتدريب المهني vocational training وذلك عندما يصل مثل هؤلاء الأبناء إلى مرحلة المراهقة حتى ساعدتهم على تطوير وتسمية للمهارات اللازمة من حياتهم للأداء الوظيفي في تلك سنهن التي تناسب مع إمكاناتهم وقدراتهم المحدودة ووضعهم المريد.

وإذا كانت هذه العاصر تعد بمثابة عناصر أساسية ينبغي أن تتضمنها برامج التدخل المختلفة التي يتم اللجوء إليها في هذا الصدد، وتقديمها هؤلاء الأفراد سواء كانوا أطفالاً أو مراهقين، أو يكونوا حتى قد تجاوزوا تلك المرحلة العمرية فإننا يجب في ضوء ذلك أن نتناولها بشيء من التفصيل وذلك لتوضيح كيفية تقدم أي منها، وما يمكن أن ينصير عليه من خدمات مختلفة، وما يمكن أن يتضمنه من عناصر فرعية وذلك على النحو التالي :

## ( ١ ) الفحوص الطبية والعلاج الطبي :

يشير نوبوف وآخرون ( ٢٠٠٢ ) Lobaugh et al إلى حقيقة دامة ل حب. حسد موده أنه لا يوجد أى نوع من العلاج الطبي لهذه الحالة يمكن أن يؤدي إلى شعاء تام منها، وهي حقيقة التي يجب أن تظل عالقة في أذهاننا ولا نحبب عجب. ومع ذلك فالتدخل الطبي بعد عصراً أساسياً في هذا الحالة، ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن نتفادى عنه وفقاً لذلك حيث تتطلب تلك الحالة من بلانتها عناية طبية فائقة كى يتمكن الطفل من الاستعادة مما يمكن أن يتم تقديمه له من خدمات وبرامج تثقيفية. وعلى ذلك يجب أن يتضمن التدخل الطبي استخدام كميات من المخاض الأميني amino acid إلى جانب عقار آخر يسمى بيراسيتام Piracetam يعتقد أنه يعمل على تحفيز الأداء الوظيفي العقلي للطفل، إلا أن الدراسات المختلفة في هذا الإصدار لم تبين فاعليته أو جدواه في سبيل ذلك، كما أنها لم تتوصل أيضاً إلى عدم وجود آثار جانبية له، ومع ذلك فهو لا يزال يستخدم حتى الآن.

كما يجب أن يتعلق بالفحوص الطبية المختلفة التي تعد ضرورية في هذا المصعد فهي كما يشير سميت ( ٢٠٠١ ) Smith نحتو متعددة، ويمكن لها أن تدخل في إطار كى من لرعاية والعلاج إذ أن هذه الحالة يصاحبها العديد من الأمراض التي يجب النظر إلى جانب العديد من المشكلات الصحية الأخرى التي يتعرض لها وهو الأمر الذي يؤثر على صحته وعلى رفاهيته، بل وعلى حياته بأسرها. وهي عن الهم أن مثل هذه الفحوص الطبية المنتظمة تعمل في سبيل التعرف المستمر على حالة الطفل، وتحديد أى تغيرات جديدة يمكن أن تطرأ عليها حتى يمكن علاجها أولاً بأول وهو ما يكون من شأنه أن يحفظ عليه أو يفيقه في حالة صحية مقبولة، ويمكن أن تتضمن مثل هذه الفحوص ما يلي :

### ١- فحص القلب :

يتعرض الأطفال ذوو متلازمة داون لبعض أمراض أو مشكلات وراثية في القلب، ولذلك فإن جميع المواليد الجدد والأطفال من ذوى هذه المتلازمة يجب أن يخضعوا لفحص



هذا المصحى قبل انتهاء الشهر الثالث من أعمارهم، ونعمل المراكز التي تقدم أساليب الرعاية الثالثة على الاهتمام بذلك. ومن المعروف أن بعض هؤلاء الأفراد قد يتعرضون خلال مرحلة المراقبة لاختلال في الأداء الوظيفي لأحد الصمامات بالقلب.

## ٢- فحص السمع :

يتم فحص بعض أولئك الأفراد لفقد السمع، وغالباً ما يكون فقد السمع هذا من النمط الخس عصبي sensorineural كما أنه قد يكون في بعض الأحيان فقد توصيلياً سمع conductive أو فقداً مركباً أو مختلطاً mixed أى يجمع بين كلا النمطين معاً، ولذلك يجب إخضاعهم لفحص السمع منذ الشهر السادس من أعمارهم، ثم عند زيارتهم لعمهم الأول، ثم مرة واحدة سنوياً وذلك إلى أن يتموا العام الثالث من عمرهم فيسمر المصحى بواقع مرة واحدة كل عامين وذلك بشكل مستمر. ونظراً لأن قاعة الأذن تكون لدى معظم هؤلاء الأفراد أقصر من الطبيعي فإنه يصعب فحص طبلية الأذن عندهم بالأساليب العادية، ومن ثم ينبغي استخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة في سبيل ذلك. ونظراً لتجمع المسائل في الأذن الوسطى منذ وقت مبكر من حياتهم فإنه في التحصن منه بشكل مستمر وذلك قبل أن يبدأوا في فقد السمع وهو ما يحدث عادة في العقد الثاني من أعمارهم.

## ٣- لفحص الأنف والأذن والحنجرة :

من المعروف أن هؤلاء الأطفال تكون لديهم مخيمات هوائية ضيقة، كما يكون حجم البلوز كبيراً إلى جانب وجود الحمية بالأنف قد تكون ذات حجم كبير وهو الأمر الذي يسبب لهم مشكلات عديدة سواء في التنفس، أو النوم، أو غير ذلك، كما أن من هذا الأمر يمكن أن يتعرضهم كما أوضحنا سابقاً إلى توقف التنفس أثناء النوم أو ما يعرف بالاختناق أثناء النوم، ولذلك فإن الأمر يتطلب التدخل الجراحي حتى تتحسن الحالة.

#### ٤ - علاج الأمراض المعدية التي يتعرضون لها :

غالباً ما يتعرض هؤلاء الأفراد لمشكلات تتعلق بالجهاز التنفسي وأخرى تتعلق بالجهاز الهضمي ولذلك فإن التطعيمات المحتملة تعد ضرورية في هذا الصدد، والحفاظ عليها في مواعيدها المحددة إلى جانب التدخل الجراحي إذا لزم الأمر .

#### ٥ - علاج مشكلات الإبصار :

تعد المياه البيضاء الوراثية congenital cataract مشكلة خطيرة يتعرض لها هؤلاء الأفراد، ويعانون منها حيث قد تؤدي إلى فقد الإبصار وذلك إذا لم يتم اكتشافها وعلاجها في وقت مبكر . كذلك فإن بعضهم قد يتعرض للحول، والاستجماتيزم وهو الأمر الذي يتطلب ضرورة أن يتم الفحص الطبي الدوري لهم بداية من الشهر السادس وحتى غاية العام الأول من عمرهم، ثم يتم هذا الفحص بعد ذلك بشكل منتظم بواقع مرة واحدة على الأقل ما بين كل عام إلى عامين .

#### ٦ - الفحص للفصلي :

نظراً لبعض عضلات الجسم عامة بالنسبة لهؤلاء الأفراد فينقسم عالياً ما يتعرضون له في مفصلهم وذلك في أماكن متفرقة من أجسامهم وهو ما يعرف بعدم ثبات المفصل في أماكنها . ومن ثم يجب أن يكون هناك فحص دوري ثم كى لا يتعرضون لمشاكل في العمود الفقري، أو الرقبة، أو الخيل الشوكي، وعلاجه .

#### ٧ - الفحص الغدي :

تنصح الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (٢٠٠١) American Academy of Pediatrics بضرورة أن يكون هناك فحص يُعَدُّ الطفل المختلطة خاصة «غدة الدرقية thyroid gland» حيث يتعرض بعض هؤلاء الأطفال لحديث اضطراب في ذلك منذ طفولتهم وهو أن ذلك يدر حدوثه في مرحلة المهد، ولكنه يبدأ في الظهور خلال مرحلة الطفولة المتأخرة . ومن المعروف أن للعُمل الغدي من هرمون الثيروكسين

thyroxine لدى نغزها الغدة الدرقية يعد ضرورياً حتى يتم التطور الطبيعي في الأداء الوظيفي المعرفي من جانب الطفل. وطوراً لحث اضطراب في الغدة الدرقية في معدن إفرارها للثيروكسين فإن الأداء الوظيفي المعرفي من جانب هؤلاء الأطفال يبدو مختلفاً، إلا أن مثل هذا الاضطراب في الغدة الدرقية قد لا يبدو بشكل واضح عند البعض منهم وهو ما يتطلب إجراء فحص لها حتى يتم التأكد من ذلك منذ وقت مبكر في حياة الطفل. كما يجب أيضاً أن يستمر ذلك بصفة دورية بواقع مرة واحدة كل عام حتى نكون على علم بأي تطور يحدث مما يساعدنا على علاجه في بدته.

#### ٨- الفحص العصبي .

تتكرر التشخيصات بشكل كبير لدى هؤلاء الأطفال، ولكنها مع ذلك تكون أقل مما يحدث مع الأطفال المتخلفين عقلياً أي في حالة التخلف المعلي ذاته أو أي جانب آخر ي تؤدي إلى الإعاقة العقلية. وترتبط التشخيصات بعمر الطفل الذي ينتمي إلى هذه الفئة حيث تزداد بدرجة كبيرة في مرحلة المهد، ثم تقل بعد ذلك إلى أن ترتفع بعض الشيء في مرحلة دراهقة، ثم تقل مرة أخرى إلى أن تزداد من جديد في العفسيين لمرح و خامس من عمره. ومن أكثر تلك التشخيصات شيوعاً ما يعرف بالتشنجات المتعددة infantile spasms وهو النوع الذي يمكن السيطرة عليه إلى حد كبير باستخدام الأدوية الخاصة به. وتنتج مثل هذه التشنجات عن النمو غير الطبيعي للمخ، ويمكن أن ترجع كذلك إلى الشلوك في الموصلات العصبية neurotransmitters وربما العدوى، أو أمراض القلب وهو الأمر الذي يتطلب الرعاية الطبية المناسبة.

#### ( ٢ ) علاج اضطرابات النطق والكلام :

يرى هاسولد وباترسون (١٩٩٨) Hassold&Patterson أن الأطفال من ذوي هذه المتلازمة يعانون من تأخر في معدل نموهم اللغوي، وضعف محصورهم السمعي أو مفرداتهم اللغوية، وتراكمهم اللغوية المحفوظة وبساطة وقصر الجمل التي قد ينطق بها البعض منهم إلى جانب حدوث العديد من أنماط اضطرابات النطق والكلام من حيث

كما أنهم من جانب آخر يتكون من مهم اللغة المخطوطة بشكل أخص من قدرهم على التعبير عن أنفسهم بطريقة لفظية وهو ما يعنى وجود قصور واضح لديهم في مهارات اللغة التعبيرية قياساً بمهارات اللغة الاستقبالية من جانبهم، وهو الأمر الذى يتطلب التدخل المبكر أى مد وقت مبكر من حياتهم في سبيل علاج مثل هذه الأمور .

وبما لا شك فيه أن مثل هذا القصور العزى يرجع في جانب كبير منه إلى القصور الحركي الذى يعانيه الطفل، وهو ما أشرنا إليه من قبل، وسوف نعرض لجانب آخر منه خلال حديثنا الحالي عن برامج التدخلات العلاجية حيث قد ترجع إلى أحطاء في حركة الفم والشفاه واللسان، أو عدم تسلسل تلك الحركات بشكل مناسب مما يؤدي إلى حدوث الإمالة، أو التشويه، أو الخلف، أو الإضافة، وإلى جانب ذلك فهي قد ترجع إلى أسباب أخرى كتحلل في شكل اللسان، ووجود تشوهات في الأساس، ووجود عيوب في سقف الحلق والشفة، وعدم تاسق الفكين وانطباقهما، ووجود حس أو مشكلات في السمع، وبعض الاضطرابات العصبية وهي ما سجد جميعاً بمثابة مشكلات أساسية يعاني منها هؤلاء الأطفال . كما أننا قد مرجع من جانب آخر إلى الحركات الشاذة، والتعديج الحافظة للنطق، والسلوك الطفولي، والمشكلات الانفعالية، وبطء النمو . ونحن نرى أن الجانبين كليهما موجودان بالنسبة لهؤلاء الأعداء، وإن كان القصور الحركي له الباع الأطول في حالتهم تلك .

وحتى عن البيان أن اضطرابات النطق والكلام وفق ما أورده دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلي في طبعة الرابعة DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA تعد بمثابة عدم قدرة من جانب الطفل على استخدام ألفاظ الكلام المتوقعة من سنه التنامي والتي تناسب مع عمره الزمني، ومستوى ذكائه، ولغته . ويتضح ذلك في إصداره لأصوات غير مناسبة، أو تلفظه غير للالكتم . وعادة ما تصم اضطرابات النطق والكلام أحطاء في إصدار الصوت، أو إيصال صوت مكان آخر، أو حذف أصوات مثل

المعروف المسكنة التي تقع في آخر الكلمة، أو تشويه وتحريف لفظي الكلمة، أو ما ي.  
ذلك مما يعطي الانطباع بأن هذا الكلام طفلياً.

ومن المعروف أن مثل هذه الاضطرابات تؤدي إلى حدوث اضطرابات في التواصل،  
وأن مثل هذه الاضطرابات تزداد بين أولئك الأطفال بشكل كبير وذلك قياساً بما هو  
موجودة بالفعل لدى أقرانهم العاديين حيث تزداد اضطرابات اللغة ومنطق أو  
اضطرابات التواصل عامة كلما قل معدل ذكاء الفرد. كذلك فإن معدل انتشار هذه  
الاضطرابات بين هؤلاء الأطفال ينور في حدود معدل انتشارها بين أقرانهم في فئة  
التخلف العقلي، وقد يزداد عنه بعض الشيء نظراً لحالة القصور الحركي التي ينسب لها  
هؤلاء، كأفراد قياساً بأقرانهم للتخلفين عقلياً، ولكنها في حالة التخلف العقلي قد يرجع  
في الأساس إلى أسباب أخرى غير عضوية، ولكنها تعد مرتفعة نظراً لانخفاض معدل  
ذكاء أولئك الأطفال، ومع ذلك فهي قد تقل بعض الشيء عن معدل حدوثها في  
متلازمة دون. وعلى الرغم من ذلك فإن اضطرابات اللفظ والكلام التي تشعب بسبب  
هي نفسها التي تشيع بين العاديين، ويظل للفرق الأساسي بين الجانبين في هذا  
المختص متمثلاً في اختلاف معدلات الانتشار، واختلاف نسب حدوث كل من هذه  
الاضطرابات. وهذا يعني بطبيعة الحال أنه لا يوجد اضطرابات معدة لللفظ والكلام  
يمكن أن يمر أي فئة من الأفراد عن غيرها من الفئات الأخرى بمعنى أنه ليس هناك نمطاً  
فريداً لمشكلات الكلام يمكن أن يمر فئة معينة من الأفراد عما سواها.

ومن الجدير بالذكر أن ذلك القصور يؤثر بشكل كبير في قدرتهم على التواصل  
بجانبه اللفظي أي الذي يعتمد على اللغة، وغير اللفظي الذي يعتمد على ما يديه  
الفرد من إشارات، وإيماءات، وتعبيرات الوجه، كما يصعب التواصل إلى جانب ذلك  
أساليب بسيطة تكون غير لفظية في غالبيتها كلمة الإشارة، واستخدام الكمبيوتر. وإذا  
كان التواصل يصعب هذين الجانبين الذين أشرنا إليهما سلفاً فإنه يعتمد في جانب كبير  
منه على المهارات الاجتماعية يشقيها المماثلون إذ أن إعادة الطفل لمثل هذه المهارات  
من شأنه أن يساعده بدرجة كبيرة في تحقيق التواصل مع الآخرين، وهو وإن كان يميل

بل يمسوا بالآخرين، ويختار اجتماعياً، ويكون في الغالب ودوداً ومبتهجاً دونه مع ذلك  
تعوده مثل هذه المهارات، ويحتاج من قصور فيها. وإن ضوء ما سبق يجب أن يقوم  
البرامج المستخدمة في سبيل ذلك على أسس فردية بعد تقييم أنماط التواصل من جانب  
الطفل، وحاجاته في هذا الإطار، كما يجب أن يتضمن البرنامج الأسرة كمصدر أساسي  
فيه أو في الفريق للعلاج. وهناك مهارات أساسية معينة ينبغي أن يتم تعليمها للطفل في  
هذا الصدد منها ما يلي :

١- للمهارات الخاصة بالتحية.

٢- للمهارات الخاصة بالرد على التحية.

٣- للمهارات المتعلقة بإبداء المطلب كأن يجده ما يريد من شخص معين  
مثلاً.

٤- مهارة الاستجابة للمطالب أو الطلبات.

٥- للمهارات الخاصة بالدخول في المحادثات والاستمرار فيها.

٦- مهارات الاستماع والإنصات للأصوات أو الحديث.

٧- مهارة لعب الأدوار.

ويمكن استخدام برنامج كمبيوتر في سبيل تدريب هؤلاء الأطفال على مثل هذه  
المهارات وهو ما يمكن أن يساعد على تحويل الثورات السلبية إلى رسائل إيجابية،  
وتحويل ثورات الشفوية إلى قدرات حركية، ويمكن في سبيل ذلك استخدام الإشارات  
بدلاً من اللغة ، كما يجب الاهتمام بممارح الأصوات حتى يتمكنوا من النطق الصحيح  
للكلمات، ويتم بعد ذلك الاهتمام بالمقاطع، ثم الكلمات، فالمهارات، وأخيراً التراكيب  
المعقدة . إلا أننا يجب أن نضع في اعتبارنا أنه إذا كان بإمكاننا أن نقوم بتعليم الطفل  
العديد من المهارات المختلفة من خلال الكمبيوتر، وتدريبه عليها عن طريق ذات  
الأسلوب هذه لا يمكننا أن نقوم بتدريبه على المهارات الاجتماعية عن طريق الكمبيوتر

لأن الأمر يتطلب مواقف اجتماعية حقيقية أو مصطنعة يوجد الطفل خلالها مع الآخرين ووسطهم، ثم يشرع في التفاعل معهم وهو الأمر الذي لا يمكن أن يتقدم بتفويده أو تحفيقه من خلال الكمبيوتر. وإلى جانب ذلك يمكن استخدام برامج التدخل السمري وهي للبرامج التي أثبتت فاعلية كبيرة في هذا الصدد.

### ( ٣ ) العلاج الجسمي والتفرينات :

تشير باتريشيا ويندز P. Winders (١٩٩٩) إلى أن الهدف من هذا البرنامج لا يتمش مطلقاً في الإسراع بمعدل نمو المهارات الحركية الكبيرة بالنسبة لطول الأعمار نظراً لأن أفضل من دوى متلازمة داون سوف يبدأ في المشي بعد الشهر الرابع والعشرين من عمره أي في العام الثالث من عمره في المتوسط سواء قمنا باستخدام هذا التدخل العلاجي أو لم نقم بذلك. وهذا لا يعني مطلقاً أنه ليست هناك أي أهمية لمثل هذا التدخل العلاجي، بل العكس هو الصحيح حيث هناك أهمية كبيرة له لدرجة أن أي برنامج للتدخل المبكر يجب أن يتضمن جانباً منه ما لم نقم باستخدامه كبرنامج مسهل. ومن الأفضل أن يتم استخدامه كبرنامج مستقل حيث تكون له أهمية أكبر خلال تلك الفترة وذلك في تنمية المهارات الحركية للطفل. ويرجع ذلك إلى الأسباب الأربعة التالية :

#### ١- نقص توتر عضلات الطفل في حالة الراحة : hypotonia

من المعروف أن اللح هو الذي يقوم بالسيطرة على درجة توتر العضلات والتحكم فيها، وبغرض أن وجود تأثير في نمو اللح كما أوضحنا من قبل فإن ذلك من شأنه أن يؤثر على درجة توتر العضلات في حالة الراحة مما يجعل تلك الدرجة منخفضة، وهو ما يبدو جلياً بالنسبة للطفل من هذه الفترة خلال مرحلة المهد إذ أننا عندما نقوم بحمله بحده رغبواً مترعلاً، وإذا ما قمنا بوضعه على الأرض فإنه سيظل كما وضعناه، وسوف تتحرك رأسه إلى جانب معبر وتظل كذلك، كما تسقط يده بجانب جسمه وتستقر على هذا الوضع، وسوف يتمتع ارتقاء عضلات مقلته من الوقوف معتدلاً، وبعد هذا

لأمر في حد ذاته كغالباً لمثلوث التدخل المبكر حتى تتمكن من مساعدته على حياو  
مثل هذا الوضع، والتحكم في عضلاته ولو جزئياً مما يساعد في تعلم بعض مهارا  
حركية من جانبها.

## ٢- ارتفاع الأربطة : ligamentous laxity

يعد الطفل من ارتفاع الأربطة مفاصله، ويرجع ذلك بطبيعة الحال إلى ضعفها، وعدم  
حكام شنها وذلك بشكر يربد عن العادي وهو ما يعمل رجليه تظل مفتوحة  
عندما يمشي، وإلى جانب ذلك ملاحظ عدم وجود تقوس في باطن قدميه، وبمس هذا  
لارتداء عسي جعل مفاصله أقل ثباتاً، كما أنها تتعرض في بعض الأحيان لسلج وهو  
لأمر اندى يتطلب المزيد من الحذر عند التعامل معه بشكل عام، وعند مساحته من  
هذا التدرج للمعالجة على وجه التحديد، ولذلك يبقى علينا إذا ما حرص الطفل من  
هذا المسح في أي جزء من جسمه أن نتوقف على التور وكون تردد من مما سيأتي  
تمر يربد راحة مهما كانت حتى يعود الأمر إلى ما كان عليه من قبل، وهذا يعني  
بأنه حذر عند استعمال هذا التدخل، وأن نتوقف عنه فوراً عند حدوث أي من  
مفطل حتى لا تصام حالته وترداد سوءاً.

## ٣ ضعف قوة العضلات : decreased muscle strength

من المهم أن هذا الطفل يتسم بضعف عضلات جسمه بشكل عام وذلك  
في أي جزء من إلى جانب نقص توتر مثل هذه العضلات في حالة الحركة كد أنشرب  
سداً، ويعمل ضعف عضلات جسم الطفل على تأخير نموه الحركي، وبهذا معذله  
بدرجة كبيرة، كما يؤثر سلباً على اكتسابه للمهارات الحركية المختلفة الكبيرة gross  
وذاً، ثم الدقيقة fine . ويمكن علاج ذلك الأمر جزئياً عن طريق التمرينات حيث  
يتمكن الطفل بموجها بعد ذلك من الجلوس، والحبو، والوقوف، والشبي، وهكذا.

## ٤- قصر الذراعين والرجلين : short arms and legs

يتسم درعا الطفل ورجلاه بالقصر قياساً بطول جذعه الذي يعد هو الآخر قصيراً.  
ويؤدي قصر الذراعين إلى صعوبات عديدة في تعلمه الجلوس حيث لا يستطيع أن



يسند بها على الأرض أو على أى شيء آخر ما لم يتحنى للأمام وهو الأمر الذى يعرضه كثيراً لتلويح على الأرض. كما أنه عندما ينقلب على أحد حسيبه يتعصب أكثر من مرة من جانب إلى آخر قبل أن يتمكن من أن يسند يديه كى يتوقف عن هذا التقلب. كذلك فإن قصر رجليه يجعل من الصعب عليه أن يصعد إلى الكرسي، أو الدريكة ( النكبة )، أو ما فى مستواهما حتى يتمكن من الجلوس عليه. وبذلك فإن قصر ذراعيه ورجليه يعوقه عن تعلم العديد من المهارات التى تعد ضرورية به فى ذلك المس، وبذلك فإنه يعوق ما قد يترتب على ذلك من مهارات أخرى.

ومن هذا المنطلق فإن تدريب الطفل على مثل هذه الأمور خلال شتحن سكره الذى نستخدم فيه ذلك البرنامج سوف يودى أولاً إلى إكسابه المهارات اللازمة فى هذا الصدد، ويمنحه من جانب آخر من أن يقوم بتطوير أساليب بدنية لما يحب أن يقوم به من أنشطة أساسية، أو مهام حركية كبيرة كالخو، والوقوف، والمشي على سسر الكلى. كما أن الاستمرار فى هذا البرنامج يمكن أن يعطيه الفرصة لتسمية مهاراته الحركية الحقيقية فيما بعد. إلا أننا نلاحظ أنه مع غر هؤلاء الأطفال بدو صعب عصلهم بشكل أكثر وضوحاً وهو الأمر الذى يمكن أن يعرضهم للعديد من المشكلات التى تتعلق بها. وعندما يحدث ذلك لا بد أن يتم التوقف النهائي عن ممارسة أى نوع من هذه التمرينات الرياضية.

وبذلك يتضح أنه يمكن تقديم التدريب المناسب هؤلاء الأطفال كى يتمكنوا من القيام بالأنشطة الحركية المختلفة بأنفسهم، وأن يصلوا إلى حد معقول من الاستقلال فى سلوكهم، يتمكنوا على أثر ذلك من المشي، والجري، والقفز، واللعب. كما أنه قد يسهم أيضاً فى تعليمهم مهارات الحياة اليومية وهو ما يعد ضرورياً للطفل كى يستقل فى سلوكه إلى حد معقول وهو الأمر الذى يستغرق وقتاً طويلاً، ولذلك يجب أن يتحدد لهذا البرنامج وقتاً طويلاً أيضاً.

( ٤ ) تقديم الإرشاد الغذائي لأسر هؤلاء الأطفال :

يمكن أن يتخصص هذا الأسلوب بتصميم أساسيين يعد كلاهما على درجة كبيرة من الأهمية في هذا التصدد نظراً لحالة هؤلاء الأطفال وطروفهم، هما :

- الإرشاد الغذائي .

- التدخل الغذائي .

ويمكن تقديم العنصر الأول سهما والذي يتمثل في الإرشاد الغذائي إلى أسر هؤلاء الأطفال حتى يقوموا بمراعاة ما يقتضونه لأطفالهم هؤلاء من غذاء، ويراعوا ضرورة تضييق ذبذبات إمداء للعناصر الغذائية المطلوبة بحيث يصبح غذاء متكاملًا، كما يجب عليها أيضاً أن يراعوا السير وفق برنامج غذائي معين يحدده لهم طبيب الأطفال مع اختصاصي التغذية وذلك حتى يتصبرا حدوث زيادة في وزن أطفالهم إذ أن مثل هذه الزيادة تؤثر سلباً على أطفالهم من أكثر من ناحية، كما يمكن أن تؤدي كسبت إلى زيادة نموهم الحركي على وجه التحديد وهو ما يتعكس سلباً على مستوى نموهم المعنوي، وفي هذه المقام على التواصل . وعلى هذا الأساس يمكن أن نقرر أن هذا الإرشاد الغذائي يهدف في الأساس إلى ما يلي :

١ - مساعدة الوالدين علماً بأهمية الغذاء لتتوازن بالنسبة لهؤلاء الأطفال على وجه التحديد .

٢ - ضرورة تحديد نظام غذائي معين لأطفالهم حتى يتسببهم زيادة الوزن .

٣ - إحصاء الوالدين علماً بتلك الأعطال التي يمكن أن تحدث على زيادة وزن أطفالهم .

٤ - حثهم علماً بالأسباب التي تدعو إلى تجنب زيادة وزن أطفالهم، ومنها ما يلي :

أ - ضعف عضلات جسمهم بأكمله .

ب- تعرضهم للأمراض واضطرابات في القلب .

ج- تعرضهم لصعوبات حمة في التنفس .

د - تأخر معدلات نموهم في جوانبه المختلفة .

هـ - إحباطهم علماً بمحوريات الغذاء للتوازن .

أما العصر الثاني والذي يشمل في التدخل الغذائي فلا يخرج في أهدافه عن تلك الأهداف التي يتضمنها برنامج الإرشاد باستثناء أنه يعمل في سبيل الإبقاء على ورد أولئك الأطفال في حدوده المقبولة على تقليم العناصر اللازمة لذلك في وجباتهم الغذائية المختلفة، وبالتالي يتم من خلاله مراعاة أن يحتوى طعامهم على عناصر غذائية معينة يحتاج أحاسنهم في حاجة ماسة لها، ومن بينها الفيتامينات، والمعادن ، والأحماض الأمية، والبروتينات، والحرمانات وذلك بشكل متناسق ومركب مع بعضها البعض . ولذلك فإن هذا التدخل العلاجي يجب أن يتم تحت إشراف طاقى وى وجود متخصصين في التغذية إذ أنه هذا الشكل يصبح من شأنه أن يسهم في اكتساب أحاسنهم بعض المناعة التي قد تقلل إلى حد ما من قابليتهم للإصابة ببعض الأمراض المجتمعة .

#### ( ٥ ) برامج العلاج الوظيفي : occupational therapy

بعد العلاج الوظيفي ببرامج المختلفة كما ترى ماريان برونى ( ٢٠٠١ ) Brun., M أمراً غاية في لأهمية بالنسبة للأفراد من ذوى متلازمة داون بداية من مرحلة المهد وحتى مرحلة المراهقة والرشد إذ يعمل في الأساس على تأهيلهم وإعدادهم للتكيف مع كل مرحلة نمائية بمهامها ومتطلباتها المختلفة مما يساعدهم على تحقيق قدر مناسب من التكيف مع البيئة المحيطة، وهو الأمر الذى يساعدهم بالتالى على تحقيق قدر معقول من التوافق الاجتماعي . ومن هذا المنطلق فإن للعلاج التأهيلي أو الوظيفي يلعب دوراً هاماً في حياة أولئك الأطفال، وعلى ذلك ينبغي عليه أن يتم بمعداة متطلبات ذات أهمية العة في هذا الصدد منها على سبيل المثال ما يلي .

١- أساليب تربية للطفل .

٢- مجالات نمو الطفل، ومعدلات نموه فيها .

٣- الأعصاب .

٤- الظروف الصحية للطفل .

٥- النمو النفسي .

٦- الأساليب العلاجية .

ويتمثل الهدف الأساسي الذي يسعى هذا المعالج إلى تحقيقه من خلال تلك البرامج التي يقوم باستخدامها في هذا الصدد وتفاعليها هؤلاء الأفراد في تنمية قدراتهم على حادة الأداء الوظيفي لمهارات السلوك الاستقلالي والتي يمكن أن تتضمن ما يلي

١- مهارات العناية بالذات كالنظف، وارتداء الملابس، وتربية الحيوانات الأليفة، والمساعدة في الأعمال المنزلية، والذهاب إلى الحمام، وما إلى ذلك .

٢- المهارات الحركية العامة أو الكبيرة gross والدقيقة fine .

٣- مهارات المشاركة بالأداء المزمع كالقراءة، والكتابة، وحساب على سبيل المثال .

٤- مهارات اللعب ووقت الفراغ .

وتجب أن يصب اهتمام المعالج خلال مرحلة المهد على الحفاظ في الأساس على صحة الطفل ومعدلات نموه، وتطور المهارات الحركية الأساسية، وتفاعله مع الآخرين المحيطين به، وإبداء الاهتمام بتلك الأشياء التي تلهم حواره، والاهتمام بعراج الطفل للأصوات بصورة صحيحة، والاستجابة الصحيحة لمثيرات مختلفة في هذا الإطار . أما في مرحلة الطفولة المبكرة فيجب أن يصب اهتمامه على تحريك العنصر بشكل مستقل، وتقييمه باسكشاف البيئة المحيطة، وتوفير ثمر من مجموعة

ستعلم، وسويه على القيام بإطعام نفسه، وارتداء ملابسه أو غسلها وتدريبه على سون الألعاب وقدرات اللعب بشكل صحيح، وعلى القيام بفتح وإغلاق الأشياء ستعلمه، وتناول الألعاب ذات الأحجام والأشكال المختلفة، والاهتمام بالألعاب التركيبية خاصة باستخدام المكعبات، والتفاعل مع الأطفال الآخرين، ومشاركتهم ما يقومون به من ألعاب، والعمل على تنمية مهارات اللغة والحديث لديه، ومساعدته على النطق الصحيح للكلمات، وعلاج اضطرابات النطق التي يمكن أن يهبطها الطفل آنذاك، وتعلم وتكوين المفاهيم المختلفة، وإناحة الفرص المناسبة لتنمية وتطوير مهاراته الحركية العامة أو الحركية، والمساعدة في تطوير مهاراته الحركية الدقيقة، وبذلك لا يرتبط هذا العلاج بالوظيفة بل بالأداء الوظيفي.

وعندما يلحق الطفل بالمرحلة ينبغي أن يصب الاهتمام أساساً على مساعدته في تحقيق التكيف مع ذلك الروتين والنظام الذي يتضمنه التنسيق للمدرسي، والاهتمام بالحديث والتواصل وتدريبه على استخدام الأساليب المختلفة في سبيل ذلك، وتدريبه على استخدام المهارات الحركية الدقيقة وتوظيفها في سبيل الوصول إلى درجة مقبولة من الأداء المدرسي، ويتضمن ذلك القص واللصق واستخدام لوحه الكمبيوتر في الكتابة مثلاً، كما يجب أن يصب الاهتمام أيضاً على مساعدته في تحقيق قدر أكبر من الاستقلال، والمشاركة في الأنشطة اللاصفية أو اللاصفية حيث يتم من خلالها إكسابه العديد من الخبرات الاجتماعية والمجتمعية والتعلمية. ومع النمو يسعى أن يسيء، يعالج الأهل اهتماماً كبيراً بتدريب الطفل ثم المراهق على الاحترار، والخصوصية، والتفاهل الاجتماعي، وأن يسهم في إشباع حاجاته الاجتماعية والسلوكية، وأن يسهم كذلك مع أعضاء الفريق للعلاج في تلبية حاجاته الصحية المختلفة، وإشباع حاجاته التعليمية، ثم بعد ذلك حاجاته للهبة وفقاً لقدراته وإمكاناته.

## ( ٦ ) الإرشاد والتدريب المهني : counselling and vocational training

عندما يصل الفرد إلى مرحلة المراهقة يكون قد تم التعرف بنسبة كبيرة ودقيقة على قدراته وإمكاناته، وعيوله، ولتعليماته حيث ينبغي أن تقوم آنذاك بتنظيم قدرات

هؤلاء الأفراد حتى تعمل على تقديم التوجيه الهنيئ اللازم لهم في ضوء ذلك وهو الأمر الذي يساعد على اختيار تلك المهمة التي سوف يعملون بها في المستقبل ولأننا نتفق مع ما يتمرون به من قدرات وإمكانات حتى وإن كانت بسيطة في الغالب وذلك كي يتمكنوا من تحقيق النجاح فيها مستقبلاً مما يشعر معه الفرد منهم بفائدة ذلك، وساعده على تحقيق هويته بالقدر الذي يتناسب مع ما يتسم به من قدرات وإمكانات، وبالتالي يصبح مفهومه لذاته إيجابياً مما يساعده على أن يقدر ذاته بجدارة ويتم على هذا الأسس توجيهه إلى مهنة بسيطة معينة تتفق مع ذلك، ثم يتم كذلك إخضاعه لبرنامج تدريبي وتأهيلي يساعده على تحقيق النجاح فيها مستقبلاً بالقدر الذي يتفق مع قدراته وإمكاناته تلك. وعلى هذا الأسس يجب أن يكون مثل هذا توجيه المهني الذي يقدم لهم متفقاً تماماً مع ما يتم به هؤلاء الأفراد من قدرات. وأن يكون الشاغل المهني الذي يتم تعديده لهم يعد ذلك من خلال البرامج التأهيلية الثلاثة متسماً لتقديرهم واعتبارهم، وأن يتمكنوا فيه فترة تعلمهم لإتقان تلك المهنة التي يتم تدريبهم عليها. وبالتالي تحقيق النجاح فيها مع العلم بأن مثل هذا التدريب يتطلب الصبر والكد، حيث يستمر لفترة طويلة.

#### سابعاً: أساليب التدخل الأخرى:

هناك العديد من أساليب التدخل الأخرى التي يمكن اللجوء إليها في هذا الإطار تأتي لأساليب التالية في مقدمتها، وتعد من أهمها :

#### ( ١ ) الدمج :

يعد دمج هؤلاء الأطفال في الفصول العادية أو فصول العاديين بمثابة مسألة على درجة كبيرة من الأهمية حيث يتيح لهم الفرصة لتعلم اللغة التي يستخدمها الأطفال العاديون مع الطاق الصحيح لها، وبالتالي يقدم لهم السماع الصحيحة لتتقن مما يساهم إلى حد ما في علاج اضطرابات التلقن من جانبهم، كما يتيح أمامهم العديد من الفرص التي تمكنهم من تحقيق التواصل الجيد، وبالتالي الاندماج معهم على أثر تعلمهم

المهارات اللازمة لذلك كمهارات التواصل، وحل المشكلات، ومهارات حياة المدرسة، ومهارات «سلوك الاستقلال». وما من شك أن مثل هذا الدمج يتيح فرصة أمام هؤلاء الأطفال لتحقيق تقدم ملحوظ في مستوى النمو اللغوي والنمو الاجتماعي، من جانب تحقيق مستوى جيد من التعلم وهو الأمر الذي يساعد كثيراً في «خذ من تلك الآثار السلبية التي تترتب على إعاقتهم». كما يعمل في ذات الوقت على تنمية تلك القدرات وإمكانات التي منحهم وتطورها ورعايتها مما يؤدي إلى تبلورها وهو ما يمكن أن يساعد كثيراً في اختيار برامج التأهيل والتدريب للمهني المناسبة على أثر ذلك، وحتى يأتي هذا الدمج بشماره المرجوة فإنه يجب أن يقوم على أسس معينة منها وضع هؤلاء الأطفال في فصول أو تجميعهم بناء على قدراتهم الخاصة، وتقارب أعمارهم «مربة»، والبعد عن التوزيع العشوائي لهم في هذا الإطار، واستخدام استراتيجيات «مركز تدريس تتلاءم معهم» وإجراء بعض التغييرات الطفيفة في المناهج لتدريس ما يناسبهم، وأن تناسب تلك المناهج مع قدراتهم وإمكاناتهم، وأن تعمل في الوقت ذاته على إشباع حاجاتهم الاجتماعية والأكاديمية، إلا أنه يجب إعداد الأطفال لتدريس لتقبلهم، ومشاركتهم في مختلف الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية، وإبداء الاهتمام بهم، وعدم تحسبهم وتلك من خلال تعديل انتمائهم نحوهم بالإيجاب وهو الأمر الذي يساعد كثيراً في نجاح هذا الدمج، وفي تحقيق تلك الأهداف التي يسعى لتحقيقها من خلاله حيث أن هؤلاء الأقران العاديين هم الذين سيتعاملون معهم ويساعدوهم على تحقيق الاندماج.

## ( ٢ ) الإرشاد النفسي :

يحتاج هذا الطفل خاصة في سن المدرسة إلى إرشاد متركز حوله وحول قدراته وإمكاناته حتى يتمكن من تعلم أسلوب أو أكثر للتواصل مع الآخرين، والحد من الآثار السلبية التي يمكن أن تترتب على إعاقتهم أو جوانب الضعف التي يعاني منها، ويمكن على مدبري قدراته وإمكاناته التي تحفز وتطورها بالشكل الذي يساعده على التفاعل مع الآخرين من الأقران أو غيرهم، والاشتراك معهم في الأنشطة المخصصة، والاندماج

و الموقف والتفاعلات الاجتماعية معهم بما يكون من شأنه أن يفتح الفرصة أمامه كي يسهم معهم بعض المهارات، وأن يكتسب العديد من الخوات التي يمكن أن يعود عليه بقدر مناسب من الفائدة، وليس الطفل فقط هو الذي يحتاج إلى مثل هذا الإرشاد بل إن ولديه وأسرته يحتاجون أيضاً إليه حتى يتمكنوا من إكمال دور المدرسة، وتوفير معرض مناسبة له التي تعمل على مساعدته في الاستفادة مما تعلمه فيها، وإحاطته بالجو الأسرى مناسب، والقيام بدور فاعل في مجل تشفته بشكل سوى يتمكن على أثره من تحقيق الاستعادة مما يتم تقديمه له من برامج تربوية أو ترفيهية، أو علاجية مختلفة، كما يتمكنون من العمل على تنمية وتطوير قدراته وميوله سواء لاجتماعية أو الأكاديمية أو مهارات الحياة اليومية، ويساعدونه على أن يحيا بشكل مستقر، ويسهموا بالتالي في التغلب على بعض نواحي الضعف العديدة لديه.

### ( ٣ ) البرامج السلوكية :

يعتبر العلاج السلوكي تطبيقاً عملياً لقواعد ومبادئ وقوانين التعلم في ميدان العلاج النفسي حيث يعتقد السلوكيون أن معظم السلوك يمكن تغييره أو التحكم فيه وصيغته وهذا أربعة نماذج سلوكية أساسية يمكن استخلاصها في هذا الإطار تمثل في كل من

المى :

١- نموذج الإشراف الكلاسيكي.

٢- نموذج الإشراف الإجرائي.

٣- نموذج التعلم الاجتماعي.

٤- نموذج التعلم المعرفي.

هذا ويتم استخدام عدد من التقنيات في سبيل تعديل السلوك يزيد بعضها من معدل تكرار السلوك مثل التمريز، والتشكيل، والتمهجة، والتسلسل، والاستبعاد الشرطي، والتعزيز، وتعتقد الشروط والاقتصاد المعرفي على سبيل المثال، يسبب نفس بعضها



الأخر من معدل تكرار السلوك مثل العقاب، والتصحیح الزائد، والإقصاء أو العزل، والإقصاء. وللممارسة السلبية، والتوبيخ، وتكلفة الاستجابة على سبيل المثال - ونوجد العديد من برامج التدخل السلوكية التي يمكن استخدامها في سبيل تعديل السلوك وذلك بتحقيق واحد أو أكثر من الأهداف التالية :

- ١- تدريب الطفل على القيام بسلوك مقبول اجتماعياً.
- ٢- إبعاد من قيامه بسلوك غير مقبول اجتماعياً.
- ٣- تعليم الطفل مهارة معينة من المهارات المختلفة وتدريبه على استخدامها.
- ٤- تعليم الطفل الأمناء السلوكي الاستقلالي وتدريبه على ذلك.
- ٥- تعليم الطفل التواصل مع الآخرين وإقامة التفاعلات الاجتماعية معهم.
- ٦- الحد من اضطرابات اللحن والكلام من جانب.

#### ( ٤ ) البرامج السلوكية أو التعويضية التي تعتمد على المثبرات المصورة

تقوم من هذه البرامج في الأصل على استخدام الصور والمثبرات البصرية سواء كانت صبراً ثابتة أو متحركة وذلك في إطار النمسة السلوكية بعوايها ومعدتها. ومن أمثلة هذه البرامج كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٢) جداول المشاهد للصورة التي تستخدم 'ساسة' لتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة السلوك الاستقلالي، والاعتبار، والتفاعل الاجتماعي وذلك بعد تدريب الطفل على المهارات الثلاث اللازمة لها وهي التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية، والتعرف على الأشياء المشبعة وتمييزها، وإدراك التماثل بين الصورة والموضوع أو الشيء. ويتم بعد ذلك تدريب الطفل على للكمونات الخمسة للأنشطة وهي الإمساك بالحدود وقب الصلححات، والوصول إلى الصورة المستهدفة، وإحضار الأدوات اللازمة للنشاط، وأداء النشاط المطلوب، لم إعادة الأدوات إلى مكانها الأصلي. كما يتم كذلك القيام بتحليل المهام وتجزئتها، وتقديم كتيب بالأنشطة المختارة بحيث تتضمن كل صفحة صورة

و وحدة مكس نشاطاً معياً يتم تدريب الطفل عليه . ويجب أن يتضمن كل محور صورة و وحدة أى نشاطاً واحداً على الأقل التفاعل الاجتماعي، وأن تتضمن بصيغة الأخيرة ضرورة تلك المكافأة التي سوف يحصل الطفل عليها عقب أدائه للنشطة المتضمنة، وتكون هذه المكافأة على هيئة وسية حقة يعصها الطفل، أو نية مفضلة، أو نشاط لعب يفصله، ونعتمد تلك الجدول على الفئات السلوكية إلى جانب الترجمة اليسوى للتدرج .



## المراجع

- ١- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٣)؛ تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام جدول النشاط المصورة- القاهرة؛ دار الرشاد .
- ٢- عادل عبدالله محمد(٢٠٠٣)؛ جدول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المقلبي عقلياً . القاهرة؛ دار الرشاد .
- ٣- عادر عبدالله محمد (١٩٩٢)؛ النمر العقلي للعمل . ط.٢- القاهرة؛ دار الشرفه .
- 4 American Academy of Pediatrics(2001);Health supervision for children with Down syndrome. Pediatrics, v107, n2, pp 442- 449.
- 5 American Psychiatric Association(1994);Diagnostic and statist cal manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed, DSM- IV. Washington, DC: author
- 6 Brant, Maryanne (2001);Occupational therapy and the child with Down syndrome. New York: Woodbine House.
- 7 Chapinun,R.S.&Hesketh,L.J.(2000);Behavioral phenotype of individuals with Down syndrome Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, v6, pp 84- 95.
- 8.Hassold, Terry J. & Patterson, David (eds ) (1998); Down syndrome: A promising future, together New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 9.Hernandez,D.&Fisher,E.M.(1996);Down`s syndrome genetics:Unravel-

- ing a multifactorial disorder . *Human Molecular Genetics*, v5, pp 1411-1416.
- 10.Holcman,Shelley Rogina (1997); Down's syndrome.[www.np.edu.sg](http://www.np.edu.sg).
- 11.Khewer,Chris(1994),Issues involved in facilitated communication and people with Down syndrome. *Facilitated Communication Digest*,v3, n1, pp 8- 14.
- 12.Levanon,A.; Hook,E.B.;& Lobarch,M.J.(1999);Sleep characteristics in children with Down syndrome. *Journal of Pediatrics*, vi34, pp755-760.
- 13 Loosugh,N.J.,Smith,D.S.,&Fisher,E.M.(2001),Piracetam therapy does not enhance cognitive functioning in children with Down syndrome. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, v 155, pp 442- 448
- 14 Mattheus, Phil (2002) ; *Down syndrome*. Montana, MO: University of Montana Press.
- 15 Rotzen,Nancy J. (2001); *Down syndrome:Progress in research* Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, v7, pp 38- 44.
- 16.Smith,D.S (2001),Health care management of adults with Down syndrome. *American Family Physician*, v64, n6, pp 1031- 1038.
- 17.Winders, Patricia C.(1999); *Gross motor skills in children with Down syndrome. A guide for parents and professionals*. New York: Woodbine House.





## الفصل الخامس

**الإعاقات العقلية**

**المزدوجة**



## مقدمة

من الأمور المثيرة للاهتمام والاختصاص أن هناك العديد من الحالات التي ملاحظ فيها حدوث الإعاقات العقلية المزدوجة، ونرى حينما نقول الإعاقات العقلية المزدوجة هنا إنما نعبد بها ذلك التلازم المرضي بين إعاقة عقلية معينة وإعاقة عقلية أخرى، أي حدوثهما معاً لدى نفس الشخص في نفس الوقت. وقد يرجع ذلك في المقام الأول إلى أن هـنا هو محور اهتمامنا خلال الفصل الحالي، ولذلك فلما نقصر حديثنا عليه، لكن المرفوع يشهد أنه كما توجد إعاقات عقلية منفردة أو واحدة، أي أن الفرد الواحد يعاني من إعاقة عقلية واحدة فقط فإن هناك ما يعرف أولاً بالإعاقات العنيفة المزدوجة، واد لإعاقة العقلية المزدوجة قد تنشأ نتيجة للتلازم المرضي بين إحدى الإعاقات العنيفة المعروفة وبين إعاقة واحدة تتبع أحد الأنماط المرضية التالية.

١- اضطراب أو إعاقة عادية.

٢- إعاقة عقلية.

٣- إعاقة جسدية.

ونتيجة لئلا هذا التلازم تنشأ فئة واحدة أساسية تعرف بالإعاقة العقلية والإعاقات الإضافية أو الأخرى mental impairment and other or additional disabilities تنفرد منها ثلاث فئات على الأقل تكاد تكون أساسية هي الأخرى إذ أنه منش الإعاقات العقلية المعروفة، وتشمل تلك الفئات الثلاث فيما يلي :

١- التخلف العقلي والإعاقات الإضافية أو الأخرى.



## ٢ - متلازمة أعراض دلون والإعاقات الإضافية أو الأخرى .

### ٣- اضطراب التوجه والإعاقات الإضافية أو الأخرى .

وعسى هذا الأسس فإننا نلاحظ وعود التعريف الطلي؛ أو متلازمة دون، أو اضطراب التوجه كإعاقات مستقلة في حالة من التلازم المرضي إما مع اضطرابات أو إعاقات عائية، أو مع أحد الإعاقات الحسية . ونظراً لأننا نتناول كل نمط من نمط الأنماط المزروجة من الإعاقات في إطار كتاب مستقل، فإن اهتمامنا في الكتاب الحالي مسوف ينصب على الإعاقات العقلية المزروجة التي يكون طرفها كلاً من الإعاقات العنيفة، وبذلك تصبح الإعاقات عقلية- عقلية.

## التلازم المرضي بين التوحد ومتلازمة أعراض داون

### تمهيد

على الرغم من أن التوحد autism أو الاضطراب التوحدي autistic disorder يعتبر اضطراباً نمائياً عاماً أو مشتركاً pervasive developmental disorder فإنه يعد في ذات الوقت شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية mental disability التي تسبق بالأفعال مد الصغر وتظل ملازمة لهم فيما بعد. وقد أسفرت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا المجال عن أن التوحد ومتلازمة داون down syndrome بعدد من أكثر أعماط الإعاقات العقلية شيوعاً بين الأطفال، كما أن حوالي ١٠% من الأطفال الذين يعانون من متلازمة أعراض داون يعانون في ذات الوقت من أعراض التوحد، وهذا بطبيعة الحال يعني أنه يتم عمل تشخيص مزدوج dual diagnosis مثل هؤلاء الأطفال حيث يعانون من أعراض متلازمة داون من ناحية، ومن أعراض التوحد من ناحية أخرى.

وبما لا شك فيه أن تشخيص التوحد يعد أمراً معقداً مما يجعله أكثر صعوبة من تشخيص متلازمة أعراض داون كما ترى فاير (١٩٩٨) Valler وذلك لعدة من الأسباب كما يلي:

- ١- لا يوجد هناك حتى الآن فحص دم يتأكد من خلاله أن الطفل يعاني من التوحد كما يحدث بالنسبة لمتلازمة داون.

٢- سن هناك مؤشر حتى محدد يدل على اضطراب التوحد على الرغم من بوضوح بعض الدراسات إلى وجود جين معين يعد هو المسئول عن هذا الاضطراب. حيث توصلت بعض الدراسات إلى أن الكروموزوم رقم ٩ هو المسئول عن ذلك، إلا أن دراسات أخرى نفت هذا الأمر ووجدت أن رقم ٧ هو المسئول، وتوصلت دراسات أخرى إلى أن رقم ١٥ هو المسئول، وعلى ذلك فإن الأدلة على هذا الموضوع لا تزال غير حاطة تماماً كما هو الحال بالنسبة لمتلازمة داون حيث يعد الأساس الجيني أكثر وضوحاً إذ يعتبر الشذوذ في الكروموزوم رقم ٢١ من الأسباب الأساسية التي تؤدي إليه.

٣- لا توجد هناك ملامح وجمعية مميزة لأولئك الأطفال التوحدين مثلما هو الحال بالنسبة لأقرانهم من ذوي متلازمة أعراض داون.

٤- ليست هناك خصائص معينة يمكن أن تنطبق على الأطفال التوحدين كما هو الحال بالنسبة لأقرانهم من ذوي زملة أو متلازمة داون.

وعلى هذا الأساس فإن تشخيص أولئك الأطفال الذي يعانون من متلازمة داون يعتبر أكثر موضوعية من تشخيص أقرانهم التوحدين إذ يعد تشخيص الأطفال التوحدين أكثر دقياً، كما أنه يعتمد على الملاحظة الدقيقة من قبل أشخاص مؤهلين لسلوكيات معينة يأتي بها الطفل وهو الأمر الذي يجعل من تشخيص التوحد مسألة صعبة ودرجة في الوقت ذاته. ولما كان التشخيص يعد هو نقطة الانطلاق الأساسية التي يتم في ضوئها تحديد أساليب الرعاية المناسبة بما ينصه ويتضمنه من برامج وخدمات واستراتيجيات تدخل يمكن بمقتضاها أن نعمل على الحد من تلك الأعراض الدالة على التوحد، وتعديل بعض هذه السلوكيات التي نعتمد على ملاحظتها عند التشخيص فإن تحديد برامج علاجية معينة يفرض التدخل في سبيل الحد من مثل هذه الأعراض تعد مسألة صعبة ودرجة من جرء ذلك وإن كان الأمر يختلف بالنسبة للأطفال من ذوي متلازمة داون حيث يعد تشخيصهم أكثر يسراً وأكثر موضوعية

وعنى ذلك يتم تحديد برامج التدخل المناسبة بشكل ملائم وأكثر موضوعية. ومن هذا المنطلق فإن الاكتشاف المبكر للتوحد لدى أولئك الأطفال والمراهقين، إلى ما يعرف ببرامج التدخل المبكر يعد أمراً جوهرياً في هذا الصدد حتى يمكن أن يساعد على الاندماج مع الآخرين لأن تأخر اكتشاف التوحد لديهم وتأخر التدخل من جانبها يؤدي دون شك إلى أن تصبح حياتهم محدودة بشكل كبير جداً قياساً بالقرنهم من ذوي متلازمة داون الذين لا يعانون من ذلك الاضطراب حيث يجد أولئك الأطفال الذين يعانون من مثل هذا التلازم المرضى صعوبة كبيرة على أثر ذلك في التواصل مع الآخرين وبالتالي في الاندماج معهم. وهنا لا يعني أن عدم التوحد لدى هؤلاء الأطفال عني حساب متلازمة داون أو أن يتقاضى عن التدخل المبكر لحد من أعراض ومشكلات متلازمة داون بالنسبة لهم.

### أعراض التوحد بين ذوي متلازمة داون :

من الجدير بالذكر أن الجانب اللغوي متأخر لدى الطفل التوحدي والتدخل المتخفف عقلياً أو الطفل من ذوي متلازمة داون حيث يجد أن الطفل يظهر على أثر مثل هذا الاضطراب أو ذاك تأخراً دالاً في التفهم والتذكر والاستدلال من جانبهم. وقد كشفت عنه نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال حيث أكدت كما يرى عدد من الباحثين (٢٠٠٢) أن حوالي ٧٥% على الأقل من الأطفال التوحيدي يقع مستوى ذكائهم في حدود التخلف العقلي سواء البسيط أو المتوسط وإن كانت هناك نسبة منهم يقع مستوى ذكائهم في حدود التخلف العقلي الشديد. ومن ناحية أخرى فإن هناك إلى جانب ذلك تأخراً واضحاً في الجانب الاجتماعي والانفعالي على حد سواء يتسم به الطفل التوحدي دون المثل المتخلف عقلياً من ذوي رملة أعراض داون حيث يشير هادل عبدالله (٢٠٠٢-ب) إلى أن الطفل المتخلف عقلياً يعد أكثر تعلقاً بالآخرين قياساً بالطفل التوحدي إذ أوضحت نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال أن الطفل التوحدي يميل إلى الأصوات التي تصدر عن مختلف الأشياء قياساً بصوت الأم في حين يميل الطفل المتخلف عقلياً من ذوي رملة داون إلى صوت الأم.

في هذا الإطار تشير كولمان وروجرز (1992) Coleman&Rogers إلى أنه فيما يتعلق بالنمو الاجتماعي والانتماء للنوى متلازمة داون فإن غالبية الأطفال يبدون قدرًا ضئيلاً من التأخر في هذين الجانبين، كما أنهم غالباً ما يتسمون بعدم تحدث إليهم حسب يكونوا في الشهر الثاني من العمر، ويتسمون تلقائياً في لشهر الثاني، ويكبرون ويندمهم عن الآخرين في الشهر الرابع، ومن ثم فإن معدل التأخر حتى ذلك ليس يصل بذلك إلى شهر واحد فقط في المتوسط. وعلى الرغم من أن بعض الدراسات قد كشفت في نتائجها عن أن حدة استجاباتهم الانفعالية كالتأنيب والضحك تقل قياساً بأقرانهم العاديين فإن الوالدين مع ذلك يستجيبون بشكل دائم بداية الضحك والتلاحم أو التواصل البصري. كذلك فإن الأطفال من ذوي متلازمة داون يبدون في بعض الألعاب الجماعية التي يشاركون فيها عتو واحد أو أكثر من أعضاء الأسرة وذلك فيما بين الشهر العاشر والشهر السادس عشر من العمر وهو ما يعي بأعمره معدل ثلاثة شهور في المتوسط عن الأطفال العاديين. أما الدراسات التي تم إجرائها على مثل هؤلاء الأطفال في العام الثاني من أعمارهم فتصبح أن لديهم بعض المهارات التي يستعملونها في التواصل الاجتماعي، والتي يمكن أن يستعملوها إلى جانب ذلك في صرف انتباه الشخص الراشد عن مهمة معينة لا يرغب الشخص في القيام بها. كما توضح تلك النتائج كذلك أن هؤلاء الأطفال يختارون الدفء، وليس إلى العناق، والاستجابة الطبيعية للتواصل الجسدي وذلك على خلاف أقرانهم الذين يبدون من أماط أخرى من الإعاقات العقلية كالتردد على سبيل المثال. وبما لا شك فيه أن مثل هذه الاستجابة الانفعالية الطبيعية تستمر من جانب هؤلاء الأطفال خلال مرافقتهم وتعتبر إلى التعاطف مما يجعل الشخص من ذوي متلازمة داون يتسم بأحاسيسية والاجتماعية.

ومن هذا المنطلق ترى فانير (1998) Vannier أن جوانب النمو ذات الأهمية التي يجب أن يوليها حل اعتماداً بالنسبة للطفل من ذوي متلازمة داون لدى بعض إلى جانب ذلك من اضطراب مقد كالتوحد على سبيل المثال يجب أن تتمثل في جانب

الاجتماعي والجانب الاتفعالي وهما الجانبان اللذان يرى البعض أنه من المتوقع بهسبه مسا ان يتأثرا بذلك التأثير أو القصور في النمو للمعرف وهو الأمر الذي لا يروه دليلاً كافياً على وجود اضطراب مستقل مع أن تشخيص التوحد يعتمد على ذلك الأمر في جانب كبير منه، وبذلك يصبح الأمر كله مسألة درجة، وتصيف كنت وآخرون Kent et.al. (١٩٩٩) أننا عندما نلاحظ أن بعض الأطفال من ذوي متلازمة دون يختلفون عن أقرانهم من نفس المتلازمة في بعض سلوكياتهم أو في الجانب الاجتماعي أو الاتفعالي أو اللغوي فإننا يجب أن نولي هذا الأمر أهمية كبيرة ونبدأ على الفور في تقييم ثلاثة جوانب لها أهميتها الكبيرة في هذا الصدد هي :

١- اللغة الاجتماعية أي التي يتم استخدامها في الجانب الاجتماعي .

٢- مهارات التواصل المختلفة .

٣- السلوكيات .

وهذا يعنى من وجهة نظرنا أن التوحد يتم كما تعلم بقصور واصبح في الجانب المعرفى وهو الأمر الذى تتناوله نظرية الفعل أو المعرفة theory of mind ولدت يرى بعض أبا يجب أن نتم بتحسين العمليات المعرفية لدى الأطفال التوحديين حتى عدم نحاول سمية مسواهم اللغوى وعلاوة، وأن هذا القصور يصاحبه عادة قصور واصبح في الجانبين الاجتماعى والاتفعالى، كما أن القصور في هذين الجانبين يتأثر دون شت بذلك القصور في الجانب للمعرفى وهو ما يعد بمثابة أمر منطقي، وهذا الأمر يميز التوحد عما سواه ويجعل تشخيصه يتطلب للملاحظة المتقنة لما يصدر عن الطفل من سلوكيات. أما الطفل من ذوي متلازمة دون الذى يعاني من قصور في الجانبين الاجتماعى والاتفعالى على الرغم من كونهما غير ذلك لدى عامة الأطفال من ذوي تلك المتلازمة فيعتبر في حالة من التلازم للرضى بين التخلط العقلى والتوحد، وبالتالي لا يجب مطلقاً أن ننظر إليه على أنه يعاني من اضطراب مستقل .

ويذهب هاولي وآخرون (Howlin et al. ١٩٩٥) إلى أن هناك بعض سلوكيات الأساسية التي تشير في جوهرها إلى احتمال وجود التوحد لدى الطفل الذي يعاني من متلازمة أعراض داوي يمكن أن نعرض لها على النحو التالي :

١- التوحدة أو العزلة التوحدية الشديدة - وتعكس عدم ميل الطفل إلى الارتباط بالآخرين، وتفضيله أن يظل بمفرده بعيداً عنهم، ومطرفته إلى الآخرين على أهم الأشياء وليسوا أشخاصاً إلى جانب عدم مشاركته للآخرين في جماعة معينة لعب، وعلى العكس من الطفل من ذوي متلازمة داوي الذي قد يجلس الآخرون يقبلون عليه ويمتقونه فإن الطفل التوحدي لا يرغب في أن يقوم أي شخص آخر بملامسته.

٢- تمملكه رغبة قوية وجارفة وفهرية ( إن جاز التعبير ) في الحفاظ على مسب الأشياء بالبيئة المحيطة كما هي سواء كانت البيئة المادية أو غيرها دون أن يغيرها أي تغير حتى وإن كان ذلك التغير طفيفاً إذ أن أي تغيير في الترتيب أو في المرونة اليومية قد يؤدي به إلى ثورة كبيرة وغضب شديد.

٣- القصور في التلاحم أو التواصل البصري eye contact فالطفل التوحدي لا يقوم بمثل هذا التواصل ولكنه إذا تحدث إلى الآخرين لا ينظر إلى وجوههم أو أعينهم أو في اتجاههم بل ينظر بطريقة الخيال في اتجاه آخر.

٤- السلوكيات النمطية والتكررة : وتعكس سلوكيات الطفل تكراراً في لأداء ونمطية فيه كأن يبقى لفترة طويلة من الوقت في يده شيء معين أياً كان هذا الشيء وغالباً ما يكون ذلك الشيء تافهاً، كما قد يحرك مثل هذا الشيء في اتجاهات مختلفة كأن يحرك يده به يمناً ويساراً وللخلف والأمام على سبيل المثال، ويظل ينظر إليه وكأنه يقوم بملاحظة.

وعندما يلي نعرض لقائمة بالسلوكيات التوحدية أي التي تميز اضطراب التوحد والتي يذهب البعض التوحدي علماً بأن الطفل من ذوي متلازمة داوي قد يأتي ببعض هذه السلوكيات وهو الأمر الذي يجعل من تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوي متلازمة

دون امرأ صعباً ومعتدلاً، ويحتاج بالتالي إلى قدر كبير من التأق قبل أن يصل إلى قرار يتعلق بذلك، ولا يجب الاعتماد كلية على هذه القائمة عند الشخصين من يجب أن يرضى تلك التغيرات التي يتضمنها دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) APA والتي تتعلق بتشخيص اضطراب التوحد بين الأطفال وهو ما سوف يمرض له لاحقاً. أما بخصوص قائمة السلوكيات التوحدية هذه فإن الطفل كى يتم تشخيصه كذلك يجب أن تتوفر فيه نصف السمات أو الأعراض المتضمنة على الأقل. ومن ناحية أخرى فإن مثل هذه الأعراض تنبأى في حدتها بين البسيطة إلى الحادة، كما أن درجة الحدة هذه تنبأى من عرض دلّ آخر، وأن مثل هذه السلوكيات عادة ما تحدث في اللوائح المختلفة، ولا تتناسب مع العمر المزمى للطفل. وهذه السلوكيات هي :

- ١ - يجد للطفل صعوبة في الاختلاط بالأطفال الآخرين.
- ٢ - يصر على أن تبقى الأشياء كما هي دون حدوث أدنى تغيير ٤ أو بوسعه، كما يمازم أى تغيير يلحق بالروتين المعتاد.
- ٣ - يضحك ويهتفه بشكل غير مناسب.
- ٤ - لا يبدى أى خوف من الأمطار الحقيقية فقد يعبر الشارع أمام سيارة مسرعة، أو يزل في البحر ويظل يمشى نحو الدخان، وهكذا.
- ٥ - يبدى قدراً ضئيلاً من التواصل البصري، وقد لا يبدى أى تواصل بصري على الإطلاق.
- ٦ - يميل إلى اللعب الفردي، ويتخذ أوضاعاً غريبة لذلك، ويظل البقاء على مثل هذا الوضع أو ذلك.
- ٧ - لا يبدى أى حساسية للألم مهما كانت شدته.



٨- يعوم بتريد للكلام بشكل مرضي echololia وذلك بتريد نفس الكلمات أو العبارات التي يعلق بها شخص آخر بدلاً من الرد عليه بكلمات أو عبارات مناسبة.

٩- يفضل أن يبقى وحيداً لو متزلاً عن الآخرين.

١٠- لا يفضل غالبية هؤلاء الأطفال أن يقوم أى شخص آخر بمناقشتهم أو ملامستهم جسدياً.

١١- يقوم الطفل بتدوير تلك الأشياء التي يمسك بها وكلها لعبة ( لعبة ) .

١٢- لا يستجيب لأى إشارة لفظية ويتصرف بالتالي وكأنه أصم.

١٣- يندى نطقاً غير مناسب بالأشياء المختلفة، بل ويفصل التعلق بمثل هذه الأشياء عن التعلق بالآخرين.

١٤- يجد صعوبة في التعبير عن حاجاته، ويستخدم الإشارات المختلفة أو يشير بيده بدلاً من التعبير عن قلقه بالكلمات فيشير إلى كوب مملوء بالماء مثلاً إذ كان يريد أن يشرب أو ما إلى ذلك، وهكذا.

١٥- قد يندى نشاطاً جسمياً مفرطاً أو قهراً مغالى فيه من القصور في مثل هذا النشاط يصل به إلى حد الحمل.

١٦- يندى نوبات متعددة وقد تكون مفاجئة من الغضب أو الصراخ أو البكاء دون سبب واضح، فقد يتألم ويصرخ بشكل معروف مثلاً دون أن يوجد أى سبب لذلك.

١٧- لا يندى أى استجابة لأساليب التعلم العادية كذلك التي نستخدمها لتعليم الأطفال القراءة والكتابة مثلاً كأن نكتب لهم الحروف على المسورة أو في كراسة وحلله.

١٨ معدل هو مهاراته الحركية العامة gross والدقة fine غير مسر حيث يوجد تمازج كبير بين معدل النمو في تلك للمهارات إذ نجد في الوقت الذي يرفض فيه أن يركل الكرة بقلعه يقوم بوضع مجموعة من المكعبات فوق بعضها البعض بطريقة لا بأس بها.

ويذهب بارى (١٩٩٧) Pary إلى أن القصور في العلاقات الاجتماعية من جانب مثل هؤلاء الأطفال قد يتمثل في عدد من المظاهر كما يلي :

- ١- قصور في الوعي بمشاعر الآخرين وإدراكها .
- ٢- قصور حاد في القدرة على التقليد أو المماثلة .
- ٣- قصور في القدرة على اللعب الاجتماعي .
- ٤ - قصور حاد في التواصل البصري والتواصل غير اللفظي عامة .
- ٥ - قصور في القدرة على التخيل أو الخيال بشكل عام .
- ٦- قصور في القدرة على إقامة علاقات اجتماعية جيدة مع الآخرين .
- ٧ - قصور في القدرة على البحث عن المتعة والسعادة .

ومما يتعلق بالتنمية التي يلمحها هذا الطفل وتغيره عن غيره من الأطفال فإننا نشعر هي لأخرى في عدد من المظاهر على النحو التالي :

- ١- الحديث المبني والتكرار مع وجود بعض اضطرابات النطق من يستطيع التحدث إلى جانب التردد للرضي للكلام .
- ٢- التمسك بروتين محلي صارم والإصرار عليه .
- ٣- تنسم حركاته وسلوكه عامة بالتنمية .
- ٤- الانزعاج من أي تغيير يلحق بما يألفه من أشياء حتى وإن كان هذا التغير طفيف .

أما بالنسبة لسلوكيات المعززة لهذا الطفل والاهتمامات التي يبددها فيها تتمثل  
كالتدريس من جانب آخر في عدة مظاهر يمكن أن تعرض لها كما يلي :

- ١- لا يميل غالبية هؤلاء الأطفال إلى التماس الجسدي بل إنهم يكرهون ذلك .
- ٢- يبدون سلوكيات عدوانية مختلفة تجاه الأقران .
- ٣- يقللون برغبتهم بأنديهم وكأنهم سيطيرون .
- ٤- الانشغال بأجزاء من الأشياء وغالباً ما تكون تافهة .
- ٥- الانشغال باهتمامات محدودة ومحددة .

ومرر ملاحظ أن مثل هذه الخصائص جميعاً تنعكسها نتائج دراسته هوبير  
وآخرون (Howlin et al ١٩٩٥) والتي تم إجرائها على أربعة أطفال من ذوي متلازمة  
داون تم تشخيصهم على أنهم يعانون من التوحد إلى جانب ذلك حيث كانت تطبق  
عليهم تلك المحركات الخاصة بالاضطراب التوحدي، وتم عزو المشكلات التي يواجهونها  
ذلك التأخر المعرفي الذي كانوا يعانون منه . على الرغم من أن سلوكياتهم وصورهم  
العام كغيرهم يختلف بشكل حال عن أقرانهم من ذوي متلازمة داون فمن لا يعانون مشهم  
من التوحد ذلك في العديد من المجالات والجوانب ذات الأهمية . أما بالنسبة للعمر  
فمرضى هؤلاء الأطفال فقد كان أعمارهم في الثامنة من عمره، وكان آخر في التاسعة،  
بينما كان الإنسان العادي في الحادية عشرة . وقد انطبقت عليهم جميعاً تلك المحركات  
الخاصة بالتوحد من حيث قصور تفاعلاتهم الاجتماعية، وقصور في التواصل من  
جانبهم، وتسميهم بالروتين النمطي . وقد اتضح قصورهم في التفاعلات الاجتماعية  
من قصور فهمهم للمشاعر الأسرى، وعدم قدرتهم على البحث عن مصادر السعادة  
بالنسبة لهم، وقصور التحليل والفهم الاجتماعي، وضعف علاقاتهم بالأقران إلى جانب  
القصور في التواصل البصري وغير اللفظي عامة . وقد أوضح ثلاثة منهم كلاماً نمطياً،  
أما بالنسبة للاهتمامات النمطية والروتين النمطي فقد كانوا موجودين لدى الأطفال  
الأربعة جميعاً وهو ما عكسته حركاتهم النمطية، وانشغالهم بأجزاء من الأشياء،

وشعورهم بالصبي والتوتر من جراء حدوث أى عيوب ولو طفيفة في الأشياء الصلبة أو «رونيب اليومى» وإحراجهم على التمسك بالرومين المتحد، واستمرارهم بهتمهم بمحدود. وكان هناك طفلان منهم يكرهون التماس المسدى في حين أهدى الأعمال جميع مسوكيات عدوانية تجاه أقرانهم فكانوا يقومون بدعمهم بعيداً عنهم. كما كانوا أيضاً يفرغون بأيديهم وكأنهم سيظرون، بينما كان يقوم ثلاثة منهم بأرجحة أجسامهم أو هزها للأمام والخلف. وقد تراوحت اهتماماتهم الخاصة بين وضع الأشياء المختلفة في صناديق، وشرائط فيديو معينة، والأشياء التي تدور أو يمكن تدويرها، ورسائل الشموع وإطعامها أو إضافة المصاييح الكهربائية وإطعامها. كسلت فقد أبنوا جميعاً تعلقاً بأشياء لا قيمة لها كأوراق الأشجار أو القصى أو قطع الأثاث أو مرشاة الشعر أو قطعة صتيوة من خرطوم. كما كانوا جميعاً يقومون بأنماط مسوكية يومية معينة. وتحديد أماكن معينة كي يضعوا فيها الأشياء المختلفة التي كسلت بحوزتهم بحيث لا يتم وضعها مطلقاً إلا في تلك الأماكن على وجه التحديد دون سواها.

### معدل انتشار التوحد بين الأطفال من ذوي متلازمة داون :

نشير ماري كولمان (Coleman, M. ١٩٨٦) إلى أن معدلات حدوث متلازمة داون تتراوح بين ١ - ١,٢ لكل ألف حالة ولادة في حين تتراوح معدلات حدوث التوحد بين ٠,٤ - ٠,٥ لكل ألف حالة ولادة، ويشير عادل عبدالله (٢٠٠٢ - ب) إلى أن الإحصائيات الحديثة في الولايات المتحدة الأمريكية والتي أصدرتها الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America ١٩٩٩) تؤكد على نفس معدل انتشار التوحد وتحدد بأنه يتراوح بين ٤ - ٥ لكل عشرة آلاف حالة ولادة وهو الأمر الذي جعله بناء على أعداد من يعانون منه ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً متخبطاً في نسبة أعداد من يعانون منه زملة داون حيث هناك حوالى خمسة أضعاف ألف شخص في الولايات المتحدة وحدها يعانون منه، وعلى هذا الأسس تؤكد كولمان Coleman أن كلاً من متلازمة أمراض داون والتوحد يعدان من بين أكثر

أعراض الإعاقات العقلية شيعاً بين الأطفال • both down's syndrome and autism are among the more common forms of mental handicaps seen in children.

١٤ أن التقرير الذى نشره الاتحاد القومى لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) NAAR يؤكد أن عدد الذين يعانون من هذا الاضطراب بالولايات المتحدة قد تجاوز المليون شخص، وأن نسبة الإصابة به قد تجاوزت نسبتها السابقة بكثير حيث أصبحت ١ : ٢٥٠ حالة ولادة وهو الأمر الذى جعله ثان أكثر الاضطرابات الثمالية انتشاراً، وليس ثالثها كما كان من قبل، ولا يسبقه في ذلك سوى التخلف العقلى فقط • second only to mental retardation ومن ناحية أخرى فإن نتائج الدراسات التى تم إجرائها في هذا الإطار تؤكد أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون ليست نسبة كبيرة حيث أن وجود مثل هذا التلام المرضى لا يزيد في أعلى حالاته عن ١٠%، كما أن التراث السكوكسى حول هذا الموضوع لا يزال في حاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات كى يتم التأكد من هذه النسبة. ويظهر بالذكر أن هناك دراسات مختلفة تجريبية ووصفية تناول هذا الأمر، فعلى صعيد الدراسات التحريبية يشير فاتير (١٩٩٨) Vatter إلى أن وسع وحول Wigg&Gould قد وجدوا في دراستهما التى أجريها عام ١٩٧٩ أن أربعة أطفال من بين ثلاثين طفلاً من ذوى متلازمة داون هم المثلين لديهم مثل هذا التلام المرضى بين التوحد ومتلازمة داون، وبذلك تصل نسبته إلى ١٠%. أما جاريدون وآخرون (١٩٩٢) Ghaziuddin et al. فقد وجدوا طفلين فقط تنطبق عليهما المعكات الخاصة بالاضطراب التوحدي وذلك بين العينة الكلية التى أجروا دراستهم تلك عليها والتي بلغت أربعين طفلاً من ذوى متلازمة داون، وبذلك تصل نسبة التلام بمرضى إلى ٥%. بينما وجد تورك (١٩٩٢) Turk أن نسبة انتشار التوحد بين أفعال داون تصل إلى ٩%، ووفقاً للدراسة كتت وآخرين (١٩٩٩) Kent et al. فإن هذه النسبة قد بلغت ٧% بعد أن حيث بلغت العينة الكلية للدراسة ٥٨ فعلاً ولم تطبق معكات التوحد سوى على أربعة أطفال فقط، أما النسبة المئويةية بعدد

الانتشار في تلك الدراسة فقد بلغت ١٢% حيث كان عند الأطفال الذين أكمروا، الاستمرار في استخدام بعد إجراء المقابلات وبعد ملاحظه سلوكياتهم ٣٢ طفلاً فقط. كما أن أحد عشر طفلاً من باقي أفراد العينة الذين بلغ عددهم ٢٩ طفلاً قد أبدوا نشاطاً مرضياً بأشياء معينة إلى جانب سلوكيات نمطية ومتكررة. وبذلك فإن نسبة انتشار هذا التلازم المرضي وفقاً لتلك الدراسة تتراوح في المتوسط بين ٧ - ١٢%، أما أبرز سمات الوصية على الجانب الآخر فقد كشفت عن وجود معدل أعلى لانتشار هذا التلازم المرضي بين الاضطرابات حيث وجد مانور ويوشيل (١٩٩١) Myers&Pueschel ما لا يزيد عن ١% من أفراد العينة التي أجريها درستهم، تلك عيبتها والتي بلغ عددها الإجمالي ٤٩٧ طفلاً هم الذين تتوفر لديهم المشكلات الخاصة بكل من الاضطراب معاً، ووجد كولباكوت وآخرون (١٩٩٢) Colacott et al. نسبة تزيد عن ذلك حيث بلغت ٢,٢% من مجموع ٣٧١ طفلاً تم إجراء تلك الدراسة عليهم. وقد دارت دراسات وصفية كثرة حول تلك النسبة التي يعكس من حيث التلازم المرضي، إلا أن هذا المعدل للنخوض لا يعكس في الواقع حقيقة شدة هذا الاضطراب بين الأطفال من ذوي متلازمة داون لأن مثل هذه الدراسات وغيرها قد تم إجراؤها في الأساس بفرض التعرف على بعض الاضطرابات التي يمكن أن يصاحب متلازمة داون، ولم تبحث في الأصل عن اضطراب التوحد فقط بل كان هدفها في الواقع هو محاولة التعرف على مدى وجود اضطرابات مختلفة كالإكتئاب، واضطرابات الشخصية، والاضطرابات السلوكية، والاضطرابات الانفعالية، والتوحد وغيرها بين الأفراد والمراهقين من ذوي متلازمة داون.

وفي تعليقها على هذا الأمر ترى فاير (١٩٩٨) Vatter أنه إذا تم فحص الملف الصحي لبعض منذ طفولته المبكرة، وتم تشخيصه بناء على تلك الملاحظات التي تمت آنذاك مع وضع اختلاف مفهوم التوحد وأسبابه في الاعتبار وذلك من كونه يرجع إلى «والدين وبرودلما الانفعالية، إلى كونه يمثل شكلاً من أشكال قصاص الصغرة، إلى كونه اضطراب سلوكي، إلى كونه الحمى بطرون إلى سلوكيات الفضل على أنه

شبيهة بالتوحد autistic-like behaviors وذلك خلال الحقب المتتالية سابقة إلى ن  
عبرت العتبة إليه وأصبح يعد بمثابة اضطراب ثنائي عام أو منتشر فإن تلك الحالات  
التي تم تشخيصها بشكل خاطئ على أنها ليست توحدية استناداً إلى المفهوم والأسس  
والأسباب التي كانت سائدة آنذاك سوف يعاد تصنيفها على أنها حالات توحده، ومن  
ثم فإن نسبة الاضطراب التوحدي بين الأطفال من ذوي متلازمة داون لن تقل في ضوء  
ذلك عن ١٦% بأي حال من الأحوال.

### تشخيص التوحد بين ذوي متلازمة داون :

يتم تشخيص التوحد عن طريق تقييم سلوك الطفل وذلك في ضوء ستة عشر مَرصاً  
يقدمها دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية  
والعصبية في طبعته الرابعة DSM IV الصادر عام ١٩٩٤ عن الجمعية الأمريكية لطب  
النفس APA وإذا أبدى الطفل ثمانية أعراض أو أكثر يتم تشخيصه كذلك. وتجمع  
هذه الأعراض في أربعة مجالات عامة على النحو التالي :

١- قصور حاد في التفاعلات الاجتماعية.

٢- قصور حاد في التواصل والخيال.

٣- اهتمامات وأنشطة محدودة ومحدودة للغاية.

٤- ظهور الاضطراب وملاحظته في البداية خلال مرحلة لمهد والمصغرة  
المبكرة.

وبما لا شك فيه أن هناك بعض الحالات كما يحدث في حالة متلازمة داون يعمل  
التخلف الطيفي خلالها على إعفاء التوحد ويعرف التوصل إليه وتشخيصه بشكل دقيق  
بما يؤدي إلى تأخر تشخيص التوحد بالنسبة للطفل إلى ما بعد السن المحددة في الدليل  
تشخيصي بظهور التوحد وذلك قياساً بما يمكن أن يتم بالنسبة لأقرانه ممن لا يعانون  
من تلك متلازمة، كما قد يؤدي أيضاً إلى عدم تشخيص الطفل كذلك وهو الأمر  
الذي يحور به وبين تقدم التدخلات المناسبة التي يمكن أن تعود بالفائدة عليه ،

ويعتبر تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون أمرٌ صعبٌ ومعقدٌ لعديه قياساً بتشخيصه بين الأطفال الذين لا يعانون من هذه المتلازمة حيث أن بعض المحكات الخاصة بالتوحد والتي يعرض لها الدليل التشخيصي توجد بشكل طبيعي أو عدى بين الأطفال من ذوى متلازمة داون، وهى بذلك لا تعنى فى حد ذاتها أن مش هذا الطفل يعانى من التوحد. وهىما يلى عرض لأهم هذه المحكات مع تعليق عقب كل منها يوضح ما إذا كان هذا المحك أو ذاك يوجد بشكل عادى بين الأطفال من ذوى متلازمة داون، أم أنه يشير إلى التوحد فقط. وعند تشخيص التوحد لدى الطفل من ذوى متلازمة داون يجب أن نراعى أمرين هما

• فحص كل محك على حدة وذلك فيما يتعلق بكونه يوجد بشكل عدى لديه هو وأقرانه من نفس المتلازمة أم لا.

• إذا كان المحك بطبيعته يوجد لدى الطفل وأقرانه فهل يزيد مدى حدته عن وضعه الطبيعي لدى الطفل من ذوى نفس المتلازمة الذى لا يعانى من التوحد أم لا.

أما عن هذه المحكات فيمكن أن نعرض لها كما يلى :

أولاً يجب أن تتوفر لدى الطفل ستة محكات أو أكثر من السبعة (١، ٢، ٣) بشرط أن تتوفر لديه

محكات على الأقل من البند (١)، ومحك واحد على الأقل من كل من البندين (٢، ٣) ١

١- قصور كينى فى التفاعل الاجتماعى من جانب الطفل كما يتضح من توفر اثنين على الأقل من المحكات التالية :

أ- قصور واضح فى استخدام السلوكيات المتعددة غير اللفظية كالتواصل البصري، وتعيرات الوجوه، والأوضاع الجسمية، والإشارات وذلك لتنظيم التفاعل الاجتماعى.



\* ٦ توجد بشكل عادي لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون، وتعد مؤشراً للتوحد.

ب- عدم القدرة على إقامة علاقات مع الأقران تناسب مع مستوى التماثل للطفل.

\* لا توجد بشكل عادي لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون، وتعد مؤشراً للتوحد.

ج- قصور في البحث التلقائي للطفل لمشاركة الآخرين في الاستمتاع، والاهتمامات، والإحباطات ( كالفصير مثلاً في عرض الأشياء موصغ الاهتمام، أو إحضارها، أو الإشارة إليها ).

\* توجد إلى حد كبير بين الأطفال من ذوى متلازمة داون، ولكنه يكون أكثر ظهوراً في حالة التوحد كما تكون أكثر ارتباطاً به.

د قصور في البادل الاجتماعي أو الاصعالي.

\* توجد إلى حد كبير بين الأطفال من ذوى متلازمة داون، ولكنه يكون أكثر ظهوراً في حالة التوحد كما تكون أكثر ارتباطاً به.

٢ قصور كيمي في التواصل كما يتضح من توفر واحد على الأقل من المحرك التالية

- تأخر أو قصور كلي في اللغة المتوقعة غير مصحوب بمحاولات من جانب الطفل للتعبير وذلك بالحوء إلى أساليب بديلة للتواصل كالإشارات أو التمثيل الصامت).

\* لا توجد بشكل عادي لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون،

ب- يلاحظ بالسبة للأطفال الذين يتمتعون بقدر معتول من المفردات اللغوية وجرى قصور واضح في قدرهم على المداقة بالحديث أو إجراء محادثات مع الآخرين.

\* توجد بشكل علاني لدى الأطفال من ذوي متلازمة داون وراثي  
عربي الرغم من عدم ظهورها بقدر بمائل وجودها لدى الأطفال  
التوحيدين.

ج- الاستبعاد النمطي والتكرار للغة المنطوقة أو للغة عربية أو شادة  
في مفرداتها اللغوية وطريقة النطق.

\* توجد إلى حد ما بين الأطفال من ذوي متلازمة دارن ولكنها لا  
تصل إلى ذلك الحد الذي تظهر به لدى الأطفال التوحيدين،

د- قصور في اللمب للتوسع أو التماهي أو التطاير image-behave أو  
الاجتماعي الذي يتناسب مع المستوى النمائي الذي يفرس من  
يصل الطفل إليه آنذاك.

\* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوي متلازمة داون.

٣- وجود أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة تتسم بالتفريد والنمطية والتكرار كما  
يصح من نهر واحد على الأقل من السمكات التالية :

أ الاحتمام أو الانشغال الكلي بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمامات  
التي تتسم بالنمطية والتفريد والذي يعتبر شاداً في مدى حسنه أو  
محور اهتمامه وبورته.

\* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوي متلازمة داون.

ب- التمسك قصارم بملقوس معينة وروتين عو عملي وغيره.

\* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوي متلازمة داون.

ج- وجود أسلوب حركي معين يتسم بالنمطية والتكرار  
(كالتمنيق باليد أو ضرب الأصابع في بعضها أو التحرك

بشكل دائري twisty أو متلوى أو القام محركات معقدة  
بكامل الجسم على سبيل المثال ) .

\* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون .

د- الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء .

\* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون .

ثانياً : قصور أو أداء شاذ في واحد على الأقل من ثلاثة مجالات على أن تكون  
بدايته قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره . وهذه المجالات هي :

١- التفاعل الاجتماعي .

٢ اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي .

٣ اللعب الرمزي أو الخيالي .

\* يبدى الأطفال من ذوى متلازمة داون بعضاً من أوجه القصور سن  
اعتماداً على مدى حدة تخلفهم العقلي . ونظراً لأن ذلك لا يعد أمراً غير  
متوقع كلية فعادة ما يتم التعامله في التقارير والسجلات الخاصة بمؤلاء  
الأطفال ، وبالتالي لا تتم ملاحظته . وعلى ذلك فعندما يتم تشخيص الطفل  
عسى أنه يعاني من اضطراب التوحد في سن تالية تعتبر متأخرة عني اكتشاف  
التوحد ، خلافاً بمعنى آنذاك أن يتم الرجوع إلى السجلات الخاصة بالطفل ،  
وهو لن يجد أي إشارة إليه في تلك السجلات نظراً لأن أحد لم يفكر في  
ذلك ، كما أنه لم يخطر ببال أحد من المحيطين بالطفل أن يفكر في احتمال  
وجود مثل هذا الاضطراب . وهنا قد يتم استبعاد التشخيص المحتمل للتوحد  
لأن ظهوره لم يكن خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وبإى بعد  
مقابلة أحد الشروط الضرورية لذلك . ومن هنا المطلق فإننا قد نجد بعض  
الأصعب من ذوى متلازمة أعراض داون يعانون من اضطراب التوحد ،

وكنهم مع ذلك لم يتم تشخيصهم على هذا الأساس لأسباب مختلفة و حتى للأصباب سالفة الذكر .

ثالثاً : لا يحدث مثل هذا الاضطراب أو الإزعاج في حالة متلازمة ريت Rett أو اضطراب الطفولة التكيفي أو التسمتي . childhood disintegrative disorder

\* بالنسبة لمتلازمة أسبرجر Asperger بنور عادل عبدالقادر (٢٠٠٤) في أنه من الشاذ جداً أن توجد لدى طفل تقل نسبة ذكائه عن المتوسط ، وبالتالي فإن وجود مثل هذه المتلازمة أو تلازمها المرضي بين الأطفال من ذوي متلازمة داون أو أولئك «الأصغر» بتشخيص عقلياً بشكل عام يعد أمراً نادراً جداً .

هذا ويعتبر راروسين وآخرون ( ٢٠٠١ ) Kasmussen et.al بعض العوامل الصحية والمتغيرات الإكلينيكية التي يجب أن نضعها في اعتبارنا عند إجراء مثل هذا التشخيص حتى يكون دقيقاً حيث أسعرت نتائج الدراسة التي أجروها على عينة من ٢٥ مفعوصاً منهم ١٣ من الذكور و ١٢ من الإناث تتراوح أعمارهم بين ٤-٣٣ سنة بمتوسط عمري ١٤,٤ سنة وانحراف معياري ٤,٧ سنة عن وجود عوامل صحية ومتغيرات إكلينيكية معينة تسهم في حدوث هذا التلازم المرضي منها :

١- عوامل صحية عامة ذات أهمية في استمرار التوحد، وظهرت لدى أحد عشر مفعوصاً.

٢- عوامل أخرى لها أهميتها ومنها ما يلي :

أ- تاريخ مرضي للتوحد وما يرتبط به من اضطرابات، وذلك لدى خمسة مفعوصين .

ب - تشخيصات طفلية، وذلك لدى خمسة مفعوصين .

جـ - قصور درقي ( قصور في الغدة الدرقية ) في وقت مبكر من العمر ،  
وذلك لدى ثلاثة مصحوصين .

د- إصابات الدماغ بعد إجراء عمليات معقدة في القلب ،ودت لدى اثنين  
من للمصحوصين .

هـ- الالتفاف بين هذه العوامل جميعاً ، أو بين أكثر من عامل واحد منه ،

ومن هذا المطلق فإن التشخيص الدقيق لثل هذه الحالات ، والتعرف عليها ، وتقييم  
حالاتهم بعد أمراً جوهرياً في سبيل تقديم أساليب الرعاية لللائمة مما تصبه وتصنعه  
من برامج وخدمات واستراتيجيات تدخل متنوعة .

وشير ماري كولمان ( ١٩٨٦ ) Coleman,M. إلى أن هناك بعض الاعتبارات التي  
يجب مراعاتها عند التشخيص الإكلينيكي للطفل الذي يعاني من كلتا الخللين في دت  
الوقت حيث يرى أنه ينبغي أن يطبق عليه اثنين أو أكثر من المحكات للتغية

١ - قصور دال في العلاقات الاجتماعية مع الوالدين والأقران مع مصور في  
التواصل البصري ، وميل واضح إلى العزلة أو الوعالة .

٢ - التمسك بروتين غطلي صارم ومتكرر مثل وضع الأشياء لمصغفة  
وتنظيمها في صف مثلاً ، أو الإصرار على ارتداء نفس الملابس ، أو تناول  
نفس الطعام ، أو الإبقاء على مسافات معينة بين الأشياء أو الأطباق حين  
تناول الطعام مثلاً ، وما إلى ذلك ، وعادة ما يتجذب مثل هؤلاء الأطفال  
إلى الأشياء الدائرية أو التي تدور كإطارات سيارات اللعب ، أو  
التسجيلات إلى جانب التعلق الغريب أو الشاذ بأشياء معينة كشرائط  
التصافى ، أو الدبابيس التي تثبت على للملابس ، أو الأشياء المتلفعة ، أو قطع  
من الألعاب البلاستيكية .

٣- «استجابة حسية غير ثابتة وغير عادية وهو ما يمكن أن يظهر من تولّد الأطفال الذين يبتلون وكأنهم صم في وقت ما وشدهدى الحساسة للصوت في وقت آخر». ومن الأمثلة الأخرى التي تدل على هذا الأمر أننا أحياناً نجد أن الطفل يقشعر بمجرد لمسه في حين يجده في وقت آخر يستمتع برغرفته (مفاعيته) بشدة.

٤- يتمتع الطفل رغم المستوى العام لتخلفه العقلي بقدرة خاصة ذات مستوى مغاير تماماً للمستويات الأخرى لأدائه العقلي. وقد تكون تلك المهارة في الموسيقى، أو قن الرسم، أو فك وتركيب الألعاب، أو المهارات البصرية للمكانية الأخرى.

ومن الأمور الغامضة التي يجب أن تنبذ إلى الدحض عند تقييم حالة الطفل تحبب ما إذا كانت كبت الحالين موجودتين لدى الطفل (متلازمة دون والتوحد) في الوقت ذاته، أو ما إذا كانت أعراض التوحد عند الطفل تظهر في الأساس كأثر غير عادي لشذوذ في الكروموسوم رقم ٢١ عليه أي نتيجة لمتلازمة دون. ومن الأخطاء على ذلك أن نجد أن لطفل من ذوي متلازمة دون يعاني من متلازمة التشنجات الطفولية infantile spasms syndrome وهو ما يمكن أن يؤدي فيما بعد إلى ظهور أعراض الاضطراب التوحدي لديه. وهناك أمور أخرى تصاف إلى صعوبة تقييم أعراض الاضطراب التوحدي لدى الطفل من ذوي متلازمة دون كالأطفال الذين يعانون من متلازمة شربلطة ألا يرجع ذلك إلى أي إصابة في أذنيه تعوقه عن السمع وهي إصابات تشيع بين أطفال تلك المتلازمة، كذلك فإن الطفل سريع الغضب والاستتارة الذي يسحب من مواقف ولتفاعلات الاجتماعية والذي يحفظ لديه مستوى التواصل البصري بدرجة كبيرة قد يعاني من عدوى غير معروفة كذلك التي تصيب المثانة bladder أو الأذن الوسطى أو غيرها مما يشجع أيضاً بين أطفال تلك المتلازمة، وبالتالي فإن مثل هذا الطفل لا يتم تشخيصه على أنه يعاني من التوحد إلا في ظل وجود ثلاثة شروط جوهرية تستل فيما يلي :

١- أن يمثل السلوك للمشكل من جانبه والذي يحوج ملاحظته عملاً ثابتاً بمرور .

٢- أن يظل مثل هذا السلوك ثابتاً خلال فترة زمنية ليست قصيرة .

٣- ألا يكون العمل مصححاً بأي أعراض يمكن أن يكون مثل هذا السلوك نتيجة لها .

ومن النقاط المهمة في هذا العدد أننا عندما نصل إلى ذلك التشخيص المرفوح نبتذل يجب أن نأخذ للحظة والحذر في تناول مشكلاته السلوكية المختلفة فلا ندحا إلى وصف جرعات من الدواء لعلاج مثل هذه الاضطرابات السلوكية كأن نعالج في قصر لانشاء مثلاً حيث أن مثل هذا العلاج النواتي قد يؤثر سلباً على بعض أعراض التوحد في بعض الحالات .

بعض المشكلات التي تعوق تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوي متلازمة داون

من اأخير بالذكر أن مدة انتشار التوحد بين الأطفال ذوي متلازمة داون لا يعنى ١٠% كما أوضحنا سابقاً وهناك أسباب عديدة تفسر انخفاض معدل انتشار هذا من حجمه الطبيعي حيث أنه كما ذكرنا من قبل إننا ما وضع في اعتبارنا اختلاف مفهوم وأسباب التوحد والعوامل المسببة على حدوثه وذلك بخلاف الخلفية الرسمية السابقة فإن كثرة من الحالات التي تم تشخيصها على أنها ليست توحده سرف يتصح أنها تعتبر حالات توحد . وهو ما سوف يؤدي إلى ارتفاع معدل انتشار التوحد بين ذوي متلازمة داون إلى ١٦% على الأقل . كذلك فإن الأسباب المتعددة وثنائية التي تفسر انخفاض معدل الانتشار هذا لا تعكس في الواقع عدم وجود أولئك الأطفال ذوي التشخيص المرفوح ، ولكن الحقيقة أن الأعصابيين أو من يقومون بعملية التشخيص قد لا يظفرون إلى التوحد لو يفكرون فيه أثناء تشخيصهم لمن هؤلاء الأطفال ، كما أن هناك بعض الصعوبات الخاصة بالتوحد كما يعرض في السليل التشخيصي تطبق على الأطفال من ذوي متلازمة داون أيضاً بغض النظر عن مدى

جانب من جانبهم وهو ما لا ينظر الأخصابيون إليه أو يعوره اهتماماً ومن هذه الأسباب ما يلي :

١- أن الدليل التشخيصي يضع عكساً أساسياً للتوحد يُعَدُّ فيه أن هذا الاضطراب يجب أن يظهر قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره . ونحن نلاحظ أن الوالدين والأخصائيين في حالة ملازمة داون يركزون أساساً على هذه الملازمة في حد ذاتها خاصة وأن هناك العديد من الخصائص التي تدل عليها والتي يرون أنها تتوفر لدى الطفل سواء كانت خصائص جسدية أو اجتماعية أو انفعالية، كما أنها قد يلجأون إلى تحميل ادم كى بتأكيده من الحالة على سوء ذلك . وبالتالي فإن حرر اهتمامهم بحسب على ما يمكن أن يترب على مثل هذه الحالة من مصاعبات أو مشكلات متبينة حتى يمكنوا من الحد مما قد يترتب عليها من آثار سلبية . وبذلك لا يحفظوا وجود بعض محركات التوحد لدى الطفل فإن عمره لم يرسى هناك يكون قد تجاوز الثالثة بكثير، ومن ثم فإنهم في الغالب لا يعتبرون ذلك توحداً حيث يتمسكون بهذا الخلق . وإلى جانب ذلك فإن أغلب المصحي للطفل لا يتضمن أى إشارة عن التوحد حتى بلوغه الثالثة من عمره وبذلك يصبح هذا الخلق عائقاً أمام التشخيص الدقيق للطفل حال رجوع مثل هذا التلازم المرضي .

٢- أن هذه الحالة تتضمن حدوث تأخر في معدل النمو في العديد من جوانبه المختلفة؛ ورغم حدوث مثل هذا التأخر في حالة اضطراب التوحد فإن الوالدين والأخصائيين لا يفكرون في التوحد آنذاك بل في ملازمة داون . وقد يرجع ذلك إلى عدم توفر معلومات كافية لديهم عن هذا الاضطراب وأسبابه وتطوره وكيفية التدخل للحد منه .

٣- يؤدي عدم إلمام الوالدين بأعراض التوحد وعدم وجود فكرة واضحة عنه لديهما رغم أنهما هم الأكثر تعاملًا مع الطفل وملاحظة سلوكياته .



عدم تمكورها في هذا الأمر وبالتالي عدم قيامهما بملقت نظر الأخصائي إليه حيث يعتبر أن ما يصدر عن الطفل من سلوكيات إنما يرجع في الأساس إلى متلازمة داون. كذلك فإن بعض الأخصائيين الذين يتعاملون مع الطفل ليست لديهم أيضاً معلومات كافية عن اضطراب التوحد مما يؤدي بطبيعة الحال إلى نفس النتيجة.

٤- أن بعض المحكات التي يعرضها الدليل التشخيصي كمحكات التوحد إنما تنطبق على زملة أو متلازمة أعراض داون أيضاً، وبالتالي فإن البعض قد يقوم باستبعاد مثل هذه المحكات لأنها تنطبق بالفعل على الطفل ولا يستطيع أن يقوم بتقييم مدى حدتها بشكل صحيح، ومن ثم فإن محكات الباقية لن يصل عددها لدى الطفل إلى حد المحكات الثمانية المطلوب. نوهنا للتوحد حتى يتم تشخيص الطفل كذلك. وعلى هذا الأساس يتم استبعاد تشخيص التوحد لدى الطفل.

٥- أن البعض قد يبحث عند تشخيص التوحد عن حالات توحد بحدة مع استبعاد حدوث التخلف العقلي كما هو الحال في متلازمة داون مع أن مثل هذا الوضع قد يكون صعباً في العديد من الحالات حيث أن اضطراب التوحد كاضطراب غامض عام أو منتشر يؤثر على العديد من جوانب سمع المختلفة ومنها اختاب العقلي المعرف للدرجة أن حوالي ٧٥% تقريباً من الأطفال التوحديين يقع ذكاؤهم كما أسلفنا في حدود التخلف العقلي وهو ما يعني أن العديد من هؤلاء الأطفال يعدون من المتخلفين عقلياً. ونظراً لأننا في مصر نعتمد فقط على نسبة الذكاء عند تشخيص التخلف العقلي دون اللجوء في الغالب إلى مقاييس للسلوك التكيفي فإن يعتبر مثل هؤلاء الأطفال من التخلفين عقلياً ويتم بالتالي إلحاقهم بمدارس أو معاهد التربية الفكرية، وبضاب إلى ذلك أن معلوماتنا عن التوحد تعد محدودة للغاية. وإذا كنا نلاحظ وجود دلائل عديدة على متلازمة داون عند

طفل ولا يستطيع أن يحدد بعض هذه الدلائل بالنسبة لاضطراب سوجد  
دون ذلك من شأنه أن يجعلنا نمتنع من تشخيص التوحد بالنسبة لطفل من  
نوع متلازمة أفعاض داوون.

٦- أن بعض الأحصائيين يفصل عدد يقبه بوجود التوحد لدى الطفل من دوى  
متلازمة داوون ألا يزعم الأسرة بوجود اضطراب آخر لدى الطفل،  
ويكتفى فقط بمعرفتهم لحقيقة أن الطفل متخلف عقلياً، وقد يرى في مشر  
هذا الأمر تخفيفاً من وقع الصدمة على الأسرة، لكنه بهذه الطريقة يحرم  
الطفل من الموضوع لبرامج التدخل الخاصة بالأطفال التوحديين وبن قد  
نساعدته حتى على الاندماج مع أقرانه المتخلفين عقلياً الموجودين معه  
عمره السرية الفكرية التي يكون قد تم إلحاقه بها آنذاك، ومع سببها  
بوجود قدر من التدخل بين برنامج التدخل المتقدمة لكانا نحقق دون لا  
نكر أن برامج التدخل الخاصة بالتوحد تكون أكثر عمقاً كما تنصب  
عاصر لا تنصبها تلك البرامج التي يتم تنفيذها للأطفال المتخلفين عقلياً  
إلى جانب أن عاصر البرنامج قد تختلف من طفل إلى آخر وفقاً لدرجة  
البروية الفردية. individual educational plan IEP

٧- أن هناك جوانب ثمانية مشتركة تعكس قصوراً من جانب كلتا الفئتين معاً  
مثل الجانب العقلي حيث كما قلنا أن العديد من الأطفال التوحديين  
يخبرون من المتخلفين عقلياً في ذات الوقت. كما أن هناك قصوراً مائلاً  
في الجانبين الاجتماعي والاندماجي وإن بنا الأمر في هذه الحالة بالنسبة  
لأطفال متلازمة داوون أعنف في وطأته من أقرانهم التوحديين، لكننا مع  
ذلك لا نكر وجود مثل هذه التصور لديهم. ومن هنا ننتقل من  
التصور الواضح في هذين الجانبين على وجه التحديد بالنسبة لتلك الطفل  
الذي يتم تشخيصه على أنه من دوى متلازمة داوون يجب أن يلتفت لانتباه

في الحال، وينفصا إلى التفكير في احتمال وجود التوحد لديه في نفس الحالة.

ومن هنا المطلق يتضح لنا إمكانية حدوث إعاقه عقليه مودحه تجمع في صريها بين كل من اضطراب التوحد من ناحية ومتلازمة أعراض داون من ناحية أخرى نتيجة لتلازم المرضي بينهما أي حدوثهما معاً لدى نفس الفرد في ذات الوقت. ومن ثم فإن هذا الوضع من شأنه أن يؤثر كثيراً على الفرد فيما يتعلق بمسائل شخصيته، ومعدل نموه في كافة جوانبه، ومعدل ذكائه، وإهتماماته، وميوله، وقدراته، إلى غير ذلك وهو الأمر الذي يؤثر بالقطع بشكل سلبي على جانبين أساسيين يعززان جوهر ولب التداخلات المختلفة من جانباً لفئات الإعاقه جميعها، وليس لمئات الإعاقه العقليه فقط، وهو ما يؤكد على أن الإعاقه بشكل عام أياً كان عطلها تؤثر سلباً على هذين الجانبين المتمثلين فيما يلي :

#### ١- التعلم.

#### ٢- التواصل.

فإن كانت متلازمة داون كإعاقه مستقلة تؤثر بصورة سلبية على هذين الجانبين وذلك إلى الدرجة التي تجعل من يعانون من تلك المتلازمة يواجهون قصوراً كبيراً فيما يتعلق بتسريعهم على التعلم، وتطورهم على التواصل، وإذا ما كان اضطراب التوحد كإعاقه مستقلة يؤثر هو الآخر سلباً على هذين الجانبين في المقام الأول، من أهم أمثلة جوانب قصور من تلك التي يتسم بها من يعانون من هذا الاضطراب إلى جانب العديد من جوانب النمو الأخرى التي تتأثر به، ويحدث قصور لها من جراءه إذ أنه بعد تشابه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر بالسلب على العديد من جوانب النمو، مما ياتنا إذن في ثلاثت كلتا هاتين الإعاقتين، واجتمعتا معاً لدى نفس الفرد في نفس الوقت؟

بما لا شك فيه أنه يمكن أن يؤكد أن النتيجة في مثل هذه الحالة ستكون سلبية للعبة، وسوف نجد أن لطفل من دوى متلازمة داون القدر: ميل إلى الانسحابية سلبية المبرعم من أوجه التصور التي يتسم بها الجانب الاجتماعي عامة من جانب سوف يعان من قصور في تلك السمة أيضاً، وسيبتعد عن الآخرين من جراء هذا الأمر، وينحصر مع ذاته بدلاً من ذلك، ومن ثم سوف يصحب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وسوف يعان من العزلة على آخره. هذا من ناحية، أما جوانب نموه الأخرى فسوف يزداد تأخرها من ناحية أخرى مما يؤدي به وبمن هم على شاكلته إلى أن يشكوا فئة فرعية تختلف حتى عن أولئك الأفراد من دوى متلازمة داون من جانب، وتختلف كذلك عن لأطفال التوحدين من جانب آخر.



## التوحد والتخلف العقلي بين الأطفال

### تداخل أمر تلازم مرضي؟

#### تمهيد

يعد التوحد autism والتخلف العقلي mental retardation من أكثر أنواع الإعاقة العقلية شيوعاً بين الأطفال حيث يمثل التخلف العقلي المرتبة الأولى ويحتل المركز المرتبة الثانية بعده مباشرة. وهناك محكات معينة خاصة بكل منهما يسعى أن نطير على الطفل حتى يتم تشخيصه كذلك. إلا أننا نحاول هنا أن نلقى الضوء على إمكانية وجود تشخيص مزدوج للطفل يجمع بينهما معاً في عمر الثوب، وهو الأمر الذي يعرف بالتلازم للمرضي. ومن هنا المنطلق فسوف نعرض بعض النقاط ذات الأهمية في هذا الصدد من أهمها تلك النقاط الثلاث التالية

- ١- هل يمكن أن يتعرض الطفل المتخلف عقلياً للتوحد كإعاقة إضافية؟
- ٢- هل يمكن أن يتعرض الطفل التوحدي للتخلف العقلي كإعاقة إضافية؟
- ٣- هل يوجد هناك تلازم بينهما أم أن الأمر كله لا يزيد عن كونه مجرد تناسل فقط؟

وعلى ذلك فسوف نقوم بتوضيح مثل هذه النقاط على البحر الذي نعرضه في الصفحات التالية كي تتضح تلك الصورة بالشكل الذي يمكن من تكوين رأى فاصع من خلال الإجابة على ما طرحناه من أسئلة،

## التوحد والتخلف العقلي؛ قضايا وآراء

ينتشر التوحد بين أتماط الإعاقات العقلية والجسدية المختلفة مما يصعب معه لأربك الأطفال الذين يجمعون بينه وبين أى إعاقة من تلك الإعاقات تشخيص مردوح هي أثر ذلك وهو الأمر الذى يسهم فى توضيح حالتهم وإحالتها حتى يصبح بإمكاننا أن نقوم بتقديم أساليب الرعاية المناسبة لهم.

وإذ كن نقول أن اضطراب التوحد ينتشر بين الأطفال من ذوى متلازمة أهراض داون، والأطفال الصم، وأفرادهم المكفوفين فإن هذا صحيح إذ يعد الأصل فى ذلك، الأمر هو الإعاقة العقلية أو الجسدية ثم يحدث التوحد كإعاقة إضافية، ففى حالة متلازمة داون على سبيل المثال يوجد شذوذ فى الكروموسوم رقم ٢١ على وجه التحديد بعد سبباً أساسياً لها، كما توجد لدى جانب ذلك سمات معينة تميز الطفل بمكسها من إحالتها أن نتعرف عليه بمجرد أن ننظر إليه. كذلك هي لأمر الأساسيات التى يمر هذا الطفل أنه يعتم اجتماعياً، ولذلك فإن أول المؤشرات التى تلعب إلى أن يصح لتوحد فى اعتبارها يتمثل فى أن ملاحظ وجود قصور اجتماعي لديه. بدو الأصل فى مثلنا هذا هو متلازمة داون، إلا أن التوحد يحدث بعد ذلك وهو نفس ما يعطى على كل من الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية وإن تشابهت بعض لأسباب حتى تؤدى إلى أى منهما من ناحية وإلى التوحد من ناحية أخرى إذ أن هناك أسباب مشتركة بينهما.

وإذا ما حاولنا أن نسير على نفس المنوال وأن نطبق الأمر على التوحد ونصنف بعضى فنسوف نواجه بسؤال يطرح نفسه ويتدرج بطبيعة الحال حول أى منهم هو الأصل، وأيهما هو الإعاقة الإضافية؛ فهل يكون التخلف العقلي هو الأصل ويكون التوحد هو الإعاقة الإضافية التى تحدث فيما بعد بمعنى أن التوحد هو الذى ينتشر بين الأطفال المتخلفين عقلياً؟ أم أن العكس هو الصحيح فيكون التوحد هو الأصل والتخلف العقلي هو الإعاقة الإضافية التى تحدث بعد ذلك وهو ما يعنى أن التخلف العقلي هو الذى ينتشر بين الأطفال التوحديين؟

والمواقع 'ب' عيلى من وجهة نظرنا إلى أن التوحد. وليس التخلف العيلى هو لأصل فى الإعاقة بالنسبة لعالبة الأطفال للتوحدين حيث أنهم وإن لمقصبت بسنة ذكاء لهم إلى حد يعداد ما يحدث فى حالة التخلف العيلى فإننا لا نستطيع أن نجرم حتى وقتنا الحاضر بأن هناك تخلف عيلى، إلا أن التخلف العيلى قد يكون إعاقفة إصافية لذى بمصهم لأمر ونذلك فإن عالبة الأطفال للتوحدين يكونوا فى المستويات العيا من التخلف العيلى ( البسيط والمتوسط ) بينما تكون نسبة ضئيلة منهم فى مستوى التخلف العيلى الشديد، أما المستويات الدنيا من التخلف العيلى ( الشديد والشديد جداً ) فيشتر بينهم نمط من التوحد يعرف بالتوحد النمطى atypical autism ومن ثم يكون التخلف العيلى بالنسبة لهم هو الأصل ويكون التوحد هو الإعاقفة الإصافية لعدد من الحالات. وهناك العديد من المعائق تؤكد وجهة نظر هذه من بينها ما يلى :

١- أن النتائج التى أسفرت عنها العديد من الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الإطار تؤكد أن حوالى ٧٥ ٪ على الأقل من الأطفال للتوحديين يقع نسبة ذكائهم فى حدود التخلف العيلى سواء البسيط أو المتوسط أو حتى شديد، وهى نفس النتيجة التى أشارت إليها إينجشولت (٢٠٠٢) Ingsholt حيث ترى أنه من بين كل أربعة أطفال توحديين يشتم ثلاثة منهم بمستوى ذكاء فى حدود التخلف العيلى. وفى نفس الوقت فقد أسفرت نتائج دراسات أخرى عن أن حوالى ٨٠ ٪ أو أكثر من الأطفال للتوحديين لا يزيد ذكائهم بأى حال من الأحوال عن التخلف العيلى. ويؤكد كرايجر (١٩٩٧) Krajer أنه من بين كل مائة طفل أو مراهق توحدى يوجد لمليون منهم تنطبق عليهم تلك الخصائص بالتخلف العيلى .

٢- أن التوحد كاضطراب عيلى عام أو منتشر يؤثر بشكل سلبى على العديد من جوانب النمو الأخرى لذى الطفل ومنها الجانب العيلى المعروف بطبيعة الحال لمرحلة أن القصور العيلى المعروف بعد من السمات الأساسية التى تم التوحد





أ- اندمجه : تتأخر بدايته إلى ما بعد سن الثالثة وذلك على انعكس من التوحد.

ب- عدم الانطياق الكامل لجميع المعايير الرئيسية الثلاثة للتوحد عسي الطفل وهي :

- قصور التفاعلات الاجتماعية للتبادلة.

- قصور التواصل.

- السلوك المقيد النمطي والتكرار.

ج- وجود جوانب قصور أخرى متعددة تتمثل أساساً في جوانب سمعية مختلفة.

د- وجدت هذا النمط غالباً بين الأفراد المتخلفين عقلياً الذين يعانون من تخلف عقلي شديد جداً profound حيث لا يسمح مستوى أدائهم شديد الانخفاض سوى بظهور بعض سمكات التوحد دون غيرها وذلك على نطاق ضيق مما يجعل هذا النمط حالة مستقلة عن التوحد إذ يكون التخلف العقلي في هذه الحالة مصحوباً بعلامات توحدية.

٦ أ- إذا كان عالية الأطفال التوحديين تقع نسبة ذكائهم في حدود تتخلف العقلي فإن هذا لا يمنع كما يرى كار وآخرون (١٩٩٧) Kar et.al. من أن هناك بعض الأطفال للتخلفين عقلياً وخاصة في المستويات الدنيا (الشديد والشديد جداً) يعانون من التوحد أيضاً، وأن نسبة التوحد بهم تصل إلى ٩,٦% تقريباً. ويتضح ذلك من خلال ظهور بعض الأعراض التوحدية بين أعضاء المستويين الشديد والشديد جداً من التخلف العقلي؛ ومن أكثر هذه الأعراض انتشاراً قصور العلاقات الاجتماعية التبادلية والقصور النمطي، وربما يدرج ذلك تحت ما أشرنا إليه في النقطة

مما يفتقر بالتوحد اللاشعوري. وقد يعود انخفاض مستوى ذكائهم لهذا الشكل إلى أثر كل من التوحد والتخلف العقلي.

٧- أن زملة أسبرجر Asperger كنقط من أنماط التوحد كما يرى عدل عبدالله (٢٠٠٣) تنتشر بين الأطفال من ذوي مستوى الذكاء من المتوسط وحتى المرتفع وربما أعلى من ذلك، وألما نادراً ما تلحق بطفل نفس مستوى ذكائه من المتوسط. وبالتالي لا يكون هناك احتمال كبير كى يحدث تلازم مرضى بينها وبين التخلف العقلي بالنسبة للأطفال، بل ب الواقع يؤكد أن بعض الأطفال الذين يعانون من هذه الزملة أو المتلازمة يعانون في واقع الأمر من الموهوبين.

### تداخل أمر تلازم مرضى؟

سوف نتناول في هذه النقطة قصتين هامتين كى نصل إلى تصور معبر سمكة الأساسية فى تناولها هذا، تتعلق النقطة الأولى بوجود تداخل أو تلازم بين التوحد والتخلف العقلي بالنسبة للأطفال التوسلين، وتتناول الثانية مدى وجوده وير التخلف العمى والمحدد بالنسبة للأطفال للتخلف عملياً، وهو ما سنوضحه كما يلى

#### (١) بالنسبة للأطفال التوحيين :

من الجدير بالذكر أن حوالى ما بين ٧٥% إلى أكثر من ٨٠% من الأطفال التوحيين يقع ذكائهم كما أوضحنا فى حدود التخلف العقلي سواء البسيط أو المتوسط مع وجود نسبة ضئيلة يقع ذكائهم فى حدود التخلف العقلي الشديد، ومن المعروف أنه لكى يتم تشخيص أى طفل على أنه متخلف عقلياً ينبغى أن يكون هناك قصور فى مستوى ذكائه بحيث يكون ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال، وأن يكون هناك قصور دال فى مهارات السلوك التكيفى من جانب، وأن يحدث دلت تحليل سوات نموه، وإذا لم يتمكن الطفل من إفاء الاستجابة على حيز الذكاء المستحسن يكون من الطبيعي أن يلجأ إلى اختيارات أخرى، وأن يعتمد بجانب ذلك على الملاحظة الدقيقة من جانبنا لسلوكيات هذا الطفل.

و قد كان عالية الأبطال التوحديين يدون قصوراً في مهارات السلوك التكيف من جانبهم، وأن مثل هذه المهارات قد تقل في بعضها كما أوضحنا عن منتهى لدى أكثرهم استعملين عقلياً، كما يدون إلى جانب ذلك قصوراً في قدراتهم العقلية معرفية يقل على أثره مستوى ذكائهم عن المستوى المتوسط، بل ويكون في الغالب في حدود التخلف العقلي، وأن ذلك يظهر على الطفل قبل أن يصل سنه إلى الثالثة فإن ذلك يعنى لا بدع محالاً للشك أن تلك المحكات الخاصة بالتخلف العقلي تطبق على هؤلاء الأطفال من ناحية، وأن التوحد بذلك يتضمن قدراً كبيراً من التخلف العقلي من ناحية أخرى، إلا أن التوحد إلى جانب ذلك يتضمن قصوراً في العلاقات الاجتماعية التبادلية وقصوراً آخر في التواصل يتضمن قصوراً لغوياً دالاً مع عدم نمو اللغة إصلاً في بعض الأحيان، وإضافة إلى ذلك فإن التوحد يتضمن العديد من السلوكيات المعقدة المضطربة والكروية.

وبذلك يتضح أنه يوجد تداخل على الأقل بين التوحد والتخلف العقلي بالنسبة للأطفال التوحديين أى عندما تكون الإعاقة الأصلية للأطفال هي التوحد، ولا يمكن القول أن هناك ملازماً مرضياً بينهما في هذه الحالة وذلك للأسباب التالية

- ١- أن التوحد بذلك يتضمن قدراً كبيراً من التخلف العقلي.

- ٢- أما لا يمكننا على الأقل حتى الوقت الراهن أن نؤكد على أن مثل هؤلاء الأطفال التوحديين متخلفين عقلياً نظراً لأن محكات التخلف العقلي توجد ضمن بين المحكات الخاصة بالتوحد والسمات المميزة للأطفال التوحديين.

- ٣- أن الأمر من هذا النطلق يتطلب إجراء المزيد من الدراسات كي يتم توصيف هذه الشفطة وإجالاتها حتى تتوفر لنا الأدلة التي نستطيع بموجبها أن نبرهن على صحة هذا الرأي أو ذاك؛ إما التداخل وإما التلازم.

- ٤- أن التداخل لا يتطلب التلازم لأن الأمر قد يكون كما يرى أن طبيعة "توحد" (التوحد) تتضمن جانباً كبيراً من طبيعة "التخلف العقلي" (التخلف العقلي).

دون تلازم أى دون شرط لوجوده، أما التلازم بمعنى وجود كل منهما جنباً إلى جنب مع الآخر ككياك مستعمل لدى نفس الفرد وفي نفس وقت كما هو الحال بالنسبة للتلازم بين التوحد وكل من متلازمة دون، أو الإعاقة السمعية، أو الإعاقة البصرية على سبيل المثال، وهو الأمر الذى تم صياغته في مواضيع أخرى حيث تناولنا التلازم المرحلي بين اضطراب التوحد ومتلازمة داون في بداية هذا الفصل، أما تلازمه مع الإعاقات الحسية فسوف نتناولها في موضع آخر.

## (٢) بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً :

يرى كريجر (Kraiger ١٩٩٧) أن الأمر قد يختلف إذا كان أصل الإعاقة هو التخلف العقلي وليس التوحد حيث قد يبدى الطفل في حله الحالة بحسب النمو كما انتبهت إليه نرلة آثاراً سلبية عليه وذلك في الجوانب الثلاثة الرئيسية لدى مثل عكبات التوحد وما قد يرتبط بها أو يترتب عليها من صعوبات حيث يزداد قصور الطفل في الجانب الاجتماعي، والتواصل بما فيه الجانب اللغوي، كما يتأثر الجانب المعنى لغيره أيضاً بذلك، وقد يتخضع الذكاء على أثره لنصح في حدود التخلف العقلي الشبيه وربما الشديد جداً ولعلك ها هنا نادراً ما تجد مثل هذا التلازم فالكثير لا يعبر المتخلفين عقلياً في المستويين البسيط والمتوسط. وإلى جانب ذلك بكثير يرى هؤلاء الأطفال عدداً من السلوكيات السلبية والتكرارية غير المفيدة التي تتزايد مع الزيادة في أعمارهم، كما يزداد تمسكهم بالروتين ويقاومون بشدة أى محاولة لحث أى نوع من التغيير في ذلك الروتين. ولذلك فإن الإطار المرجعي الذى يجب أن تنتبه إليه ونركز عليه في هذا الصدد ينبغي أن يتمثل في وجود التوحد أو الأعراض شبه التوحدية مع التخلف العقلي.

ومن ناحية أخرى فإننا نلاحظ أن الأطفال المتخلفين عقلياً في المستويين الشبه وبشديد جداً وعلى وجه الخصوص في المستوى الشديد جداً يميلون بسهولة

وحيدة. فغد أكثر، ولا يكونوا قادرين على إلقاء الاختبارات أو الاستجابة عنها، و حتى تتحارب مع الآخرين المحيطين بهم في المواقف الحياتية للمجتمع. إلا أن محكمات الصلابة بالتوحد لا تنطبق عليهم في معظمها شام الإنطوائ، بل إن هناك بعض المحكمات التي لا تنطبق عليهم بقدر كاف، أو قد لا نستطيع نحن على أثر ملاحظتنا استيقظهم أن محكماتها تنطبق عليهم، أو عدد درجة انطباقها عليهم بشكل «دقيق» إلا أن بساطة الاضطراب لديهم تتأخر عن من الثالثة وهي السن التي يحددها الدليل التشخيصي DSM-IV (١٩٩٤) لظهور التوحد. وبذلك فإن محكم التوحد هذا الذي يسود بينهم بعد ثبوت مغايراً للتوحد بمعايير المعروف ومستقلاً عنه يعرف بالتوحد اللائودجي.

ومن عند التطلق فعندما تتمثل الإعاقة الأسمية للطفل في التخلف المعلى يمكن أن يظهر التوحد بعد ذلك كإعاقة إضافية تزيد من الآثار السلبية التي يعاني الطفل منها، وبذلك يكون التلازم المرضي بينهما واضحاً، بل وتصل نسبة انتشار التوحد بين لأطفال المخلطين عقلياً إلى حوالي ١٠ % تقريباً كما يرى كرايكر (١٩٩٧) Krøijer، وهي بدت تكاد تتساوى مع تلك النسبة التي أشار إليها كار وأخرون (١٩٩٧) Kur et al. ، كما أنها تقع في إطار نسبة انتشار التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داوون. وإن كان الأمر يحتاج إلى مزيد من الدراسات لذلك. ولا يقف الأمر عند حدود الحاجة إلى مزيد من الدراسات ليبان نسبة الانتشار فقط، بل للتأكد من تعدد من الأمور التي تتعلق بهذا الموضوع عامة.

وبذلك يتضح لنا أن الأمر بالنسبة للإعاقة العقلية المزدوجة التي تجمع في طرفيها بين اضطراب التوحد من ناحية وبين التخلف المعلى من ناحية أخرى يختلف كثيراً عما يحدث حال حدوث الإعاقة العقلية المزدوجة التي تجمع في طرفيها بين اضطراب التوحد من جانب وبين متلازمة داوون من جانب آخر وهو الأمر الذي يعملنا مواجه حالتين مختلفتين في هذا الإطار تتعلق كل منهما بإحدى هاتين الإعاقتين مع اضطراب التوحد.

ومن هذا المطلق نجد أنه حال حدوث الإعاقه المزوجه التي تجمع اضطراب التوحد مع متلازمة داون فإنما نتج عن تلازم مرضي بينهما أى حدوث كب لإعاقه و اجتماعهما معاً ككيانين مستقلين لدى نفس الفرد في نفس الوقت، وهو الأمر الذي يستلزم وجود تشخيص مزدوج للفرد؛ يتضمن في أحد جوانبه أنه يعاني من اضطراب التوحد، بينما يتضمن في جانبه الآخر أنه يعاني من متلازمة داون، أما عند حدوث التداخل العقلي فإن الأمر يختلف تماماً طبقاً لأصل إعاقه الفرد وهل هي اضطراب التوحد أم أنها هي التخلف العقلي، ومن ثم فإننا نجد أن هاتين الإعاقتين تتداخلان مرة، وتلازمانيان مرة أخرى. وإذا كان الأصل في الإعاقه هو اضطراب التوحد يحدث نداحس بين الإعاقتين لأن طبيعة التوحد تتضمن طبيعة التخلف العقلي نفس دور حدة وجوده، ويكون الطفل التوحدي في مستوى التخلف العقلي المبسط أو متوسط فقط، وإن كانت هناك نسبة ضئله من الأطفال التوحديين يقل مستوى ذكائهم عن ذلك، أما إذا كان الأصل في الإعاقه هو التخلف العقلي فيمكن أن يحدث تلازم في هذه الحالة مع اضطراب التوحد وهو الأمر الذي يؤدي إلى التأثير السلبي على مستوى الذكاء فيصبح في مستوى التخلف العقلي الشديد أو الشديد جداً، ومن ناحية أخرى فإن هناك خطأً شائعاً من اضطراب التوحد يعرف كما أسلفنا بالتوحد اللاعوجي بعد من السمات المميزة لأولئك الأفراد الذين يعانون من التخلف العقلي الشديد مع الأعد و لا يعتبر أن قياس الذكاء أملاً تكلفه العديد من العيوب،





والدلائل الإرشادية التشخيصية. ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة  
عين شمس بإشراف أحمد عكاشة. الإسكندرية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

- 7.American Psychiatric Association (1994) , Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed., DSM-IV, Washington, DC: author.
- 8.Coleman,Mary(1986);Down`s syndrome children with autistic features. Papers and Abstracts for Professionals, v9, n3, pp1- 2.
- 9.Coleman,M.&Rogers,P T.(1992) ; Medical care in down syndrome : A preventive medicine approach. New York: Marcel Dekker, Inc.
- 10 Co. scott,P , Cooper,S.;& McGrother,C. (1992) ; Differential rates of psychiatric disorders in adults with down syndrome compared with other mentally handicapped adults. British Journal of Psychiatry, v 16., pp 671-674.
- 11 Ghazruddin, M.; Tsai, L.;& Ghazruddin, N. (1992) ; Autism in down`s syndrome: Presentation and diagnosis . Journal of Intellectual Disability Research, v36, pp449-456.
- 12 Howlin, P , Wing, L.,& Gould, J.(1995) ; The recognition of autism in children with down syndrome ; Implications for intervention and some speculations about pathology. Developmental and Medical Child Neurology, v37, n5, pp 406-414.
- 13.Ingsholt, Anette (2002); Blindness, mental retardation and -or autism Denmark,Kalundborg. National Institute for Blind and Partially Sighted Children and Youth.
- 14.Kar,N.; Khanna,R.;&Ranchi,I.(1997);Autistic features in children with mental retardation. Indian Journal of Psychiatry,v39, n4, pp304-308



- 15 Kent L. Evans, J., Paul, M.; & Sharp, M. (1999); Comorbidity of autistic spectrum disorders in children with down syndrome. *Developmental and Medical Child Neurology*, v41, n3, pp153-158
- 16 Kruijer, D. Wit (1997); Autism and autistic-like conditions in mental retardation. Boston: Swets & Zeitlinger Publishers.
- 17 Myers, B. A. & Pueschel, S. M. (1991); Psychiatric disorders in persons with down syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v179, pp 609-613.
18. National Alliance for Autism Research (NAAR) (2003); NAAR autism poll show Americans want more action on autism. Washington, DC: NAAR, January 21
- 19 Pary, Robert J (1997); Comorbidity of down syndrome and autism. *The Habilitative Mental Health Care Newsletter*, v16, n1
- 20 Rasmussen, P.; Banjesson, O.; Wentz, E.; & Gillberg, C. (2001). Autistic disorders in down syndrome; Background factors and clinical correlates. *Developmental and Medical Child Neurology*, v43, n.1, pp750-754.
21. Turk, J. (1992); Children with down's syndrome and fragile X syndrome: A comparison study. Society for Study of Behavioral Phenotypes: 2<sup>nd</sup> Symposium Abstracts, Oxford; SSSP.
22. Vatter, Glenn (1998). *Diagnosis of autism in children with down syndrome*. New York: Jamesville.

• • •

# فهرس

|    |                               |
|----|-------------------------------|
| ٧  | إهداء                         |
| ٩  | مقدمة                         |
| ١٣ | اغتريات                       |
| ١٥ | الفصل الأول : الإعاقة العقلية |
| ١٧ | مقدمة                         |
| ٢٠ | الإعاقة العقلية               |
| ٢٨ | أسباب الإعاقة العقلية         |
| ٣٣ | أنماط الإعاقة العقلية         |
| ٣٤ | ١ التخلف العقلي               |
| ٣٩ | ٢ اضطراب التوحد               |
| ٤٤ | ٣ متلازمة أعراس دارون         |
| ٥٠ | الإعاقة العقلية للدرجة        |
| ٥٣ | أساليب للرعاية                |
| ٦٣ | المراجع                       |
| ٦٥ | الفصل الثاني : التخلف العقلي  |
| ٦٧ | تمهيد                         |
| ٦٨ | مفهوم التخلف العقلي           |
| ٧٦ | خصائص الأطفال التخلفين عقلياً |
| ٩١ | تشخيص وتقييم التخلف العقلي    |

|     |                                    |
|-----|------------------------------------|
| ٩٧  | تعريف التخلف العقلي                |
| ١٠٧ | اسباب التخلف العقلي                |
| ١١٥ | الوقاية من التخلف العقلي           |
| ١١٧ | رعاية الأطفال للتخلف عقلياً        |
| ١١٧ | أولاً : الإقامة                    |
| ١٢١ | ثانياً : التعليم المدرسي           |
| ١٢٨ | ثالثاً : التدخلات العلاجية         |
| ١٤٠ | نماذج حديثة من التدخلات العلاجية   |
| ١٤١ | تأهيل التخلف عقلياً                |
| ١٤٤ | مراجع                              |
| ١٤٩ | الفصل الثالث : اضطراب التوحد       |
| ١٥١ | مقدمة                              |
| ١٥٣ | الاصطراب باعتقلى لعام أو للتشعر    |
| ١٦٣ | اصطراب التوحد                      |
| ١٦٦ | الاسباب المؤدية للاضطراب           |
| ١٧٦ | نلامح الأساسية المميزة للاضطراب    |
| ١٩٩ | سبة الانتشار                       |
| ٢٠١ | مآن الاضطراب                       |
| ٢٠١ | الاضطرابات الأخرى المرتبطة بالتوحد |
| ٢٠٣ | تشخيص وتقييم الاضطراب              |
| ٢١٦ | رعاية لأطفال التوحدين              |
| ٢٢٩ | للمراجع                            |
| ٢٣٥ | الفصل الرابع : متلازمة لفرانس داون |
| ٢٣٧ | مقدمة                              |
| ٢٣٨ | متلازمة داون                       |

|     |   |
|-----|---|
| ٢٤٤ | نسبة انتشار متلازمة داون  |
| ٢٤٧ | الأسباب المؤدية إلى متلازمة داون                                    |
| ٢٥٠ | أخصائص المميزة لدوى متلازمة داون                                    |
| ٢٦٧ | الأمراض والمشكلات الصحية المرتبطة بمتلازمة داون                     |
| ٢٧٤ | أغوص الطبية اللازمة   |
| ٢٨٠ | أساليب الرعاية  |
| ٣١٠ | المراجع   |
| ٣١٣ | الموصل الخامس: الإعاقات العقلية للزوجة                              |
| ٣١٥ | مقدمة   |
| ٣١٧ | متلازم «مرضى بين التوحد ومتلازمة أعراض داون                         |
| ٣١٧ | تمهيد   |
| ٣١٩ | أعراض التوحد بين دوى متلازمة داون                                   |
| ٣٢٧ | معدل انتشار التوحد بين الأطفال من دوى متلازمة داون                  |
| ٣٣  | تشخيص التوحد بين دوى متلازمة داون                                   |
| ٣٣٨ | بعض المشكلات التي تعوق تشخيص التوحد بين الأطفال من دوى متلازمة داون |
| ٣٤١ | «توحد والتخلف العقلي بين الأطفال؛ تتداخل أم تلازم مرضي؟             |
| ٣٤٤ | تمهيد   |
| ٣٤٥ | التوحد والتخلف العقلي، قضايا وآراء                                  |
| ٣٤٩ | تداخل أم تلازم مرضي؟  |
| ٣٥٤ | المراجع   |
| ٣٥٧ | فهرس الكتاب   |









## الإعاقات العقلية

كتاب شامل حول الإعاقة العقلية، يقدم المؤلف من خلاله رؤية تكاملية على مدى  
 الفصول الخمسة التي يتضمنها، ويتناول من خلالها مفهوم هذه الإعاقة، وأعراضها،  
 والأسباب المؤدية إليها، وأساليب الرعاية المناسبة. كما يقدم من خلال الإعاقات العقلية  
 المدمجة التلازم المرضي بين التوحد ومتلازمة أعراس داون، ثم يتطرق إمكانية حدوث  
 تعاظم أو تلازم مرضي بين التوحد والتخلف العقلي. ويتناول المؤلف خلال الكتاب  
 ما يلي :

- مفهوم الإعاقة العقلية وأعراضها.
- التخلف العقلي.
- اضطراب التوحد.
- متلازمة أعراس داون.
- الإعاقات العقلية المدمجة.

وهو يملك يصبح كتاباً لا غنى عنه للباحث، والطالب، والمختص، والإ  
 والمؤلف.

المؤلف







